

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 2-2008

SOMMAIRE

1- Editorial	2
- Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental	
- Pourquoi choisir le métier de psychiatre	
2 - Projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : Les conclusions de la commission des lois.....	3
3 - Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : Evolution du texte – Etude de quelques points	4
4 - A propos de la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale : l'analyse de Gérard Rossinelli	13
5 - Communiqué de presse CFDT concernant la loi rétention de sûreté	15
6 - Etablissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) : rapport annuel de la cour des comptes 2007 et centre de rétention de sûreté	16
7 - Communiqué du Bureau National du Parti Socialiste sur la loi rétention de sûreté et commentaire de Kamo.....	18
8 - L'injonction de soins : médecins coordonnateurs et médecins traitants : actualités	20
9 - Site du centre ressources Poitou, Charentes, Limousin	23
10 - Prise en charge psychiatrique en France	23
11 - Pétition pour le maintien du penfluridol, Frédéric Scheider.....	24
12 - Agenda.....	25
13 - Sites internet	26
14 - Où trouver les anciens numéros de Kamo ?	27
15 - Equipe rédactionnelle	28

EDITORIAL

Loi relative à la rétention de sûreté

Pourquoi choisir le métier de psychiatre demain ?

Pourquoi s'interroger particulièrement maintenant sur la raison du choix du métier de psychiatre ? Cette question est posée par Thierry Trémine *in fine* d'un article récent paru dans l'Information psychiatrique (janvier 2008 ; 84 : 15-28). Une fois le titre lu - « *Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains* » - et le lien fait avec l'actualité législative récente, la question devient lumineuse.

Ce deuxième numéro de 2008 de Kamo poursuit l'analyse de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui est maintenant promulguée. Il s'agira d'envisager la loi autour de quelques points qui concernent plus spécialement la psychiatrie tout en ayant bien conscience qu'il y a matière à réflexion sur bien d'autres aspects, notamment sur le distinguo entre peine et mesure de sûreté ou bien encore sur la rétroactivité. Les réactions ont d'ailleurs été vives parmi les politiques, les magistrats, les psychiatres et de nombreuses associations, notamment sur le principe même d'enfermer quelqu'un sur la supposition qu'il pourrait commettre une infraction, sur l'infini de la mesure de sûreté, sur l'incroyable hypocrisie qui consiste à considérer qu'une mesure de privation de liberté, possiblement éternellement reconduite n'est pas une peine mais une mesure de sûreté, sur la contestation de la rétroactivité de la loi tant voulue par les parlementaires de la majorité et par le gouvernement, sur la lourdeur de l'octroi des libérations conditionnelles pour les condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité, sur le rôle que l'on fera tenir aux experts psychiatres et sur certaines mesures absurdes concernant les sujets reconnus irresponsables mais pouvant être emprisonnés dans certaines conditions. L'avis du conseil constitutionnel lui-même a paru hésitant, notamment en reconnaissant que la rétention est une mesure de sûreté mais en ne retenant pas la rétroactivité comme s'il s'agissait d'une peine.

Souvent, les parlementaires se sont appuyés sur le bon sens populaire : « Nous voulons vous protéger, nous pensons aux victimes passées et futures, vous comprenez bien qu'il faut enfermer les plus dangereux ». Puisque le bon sens populiste est à la mode, il faudra expliquer au bon sens comment une éternelle privation de liberté n'est pas une peine, encore plus redoutable qu'une condamnation à temps qui permet l'espoir, même ténu.

Penser que par son métier, on contribue à une telle régression de civilisation ne peut que conduire à la question préalable : « Pourquoi choisir ce métier demain et surtout le continuer maintenant ? ». Michel DAVID.

PROJET DE LOI

relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Les conclusions de la commission des lois

Après étude du rapport du sénateur J-R Lecerf, la commission des lois réunie le 23 janvier 2008 a porté les conclusions suivantes sur le projet de loi examiné en première lecture à l'Assemblée nationale :

- 1) Un large accord se dessinerait sur trois constats :
 - a. L'évaluation de la dangerosité est insuffisante en France. Elle doit intervenir au plus tôt et conduire à une prise en charge effective dès le début de la détention
 - b. De nombreuses personnes souffrent de troubles mentaux en prison et doivent bénéficier d'une priorité d'accès aux soins.
 - c. D'autres détenus sont « atteints » de troubles graves de la personnalité, « non susceptibles de soins en l'état actuel des connaissances selon une majorité de psychiatres » et potentiellement très dangereuses. Les centres de sûreté seraient la réponse à ces situations
- 2) Deux amendements sont adoptés :
 - a. Prévoir une évaluation au centre national d'observation (CNO) de Fresnes dans l'année qui suit la condamnation. Suite au bilan, le juge d'application des peines (JAP) définira un parcours individualisé. Si des troubles mentaux graves sont constatés, une orientation en UHSA peut être décidée par le JAP
 - b. Renforcer l'évaluation un an avant la fin de peine par un passage au CNO en vue de l'application de la rétention de sûreté avant avis de la commission pluridisciplinaires de sûreté.
- 3) Souhait de clarification de certains points :
 - a. La commission chargée de prononcer la rétention de sûreté est une juridiction et non une commission administrative
 - b. Unification des obligations prononcées dans le cadre d'une surveillance judiciaire, d'un suivi socio-judiciaire ou celles prolongeant une rétention de sûreté sous un régime unique dit de « surveillance de sûreté ».
 - c. La rétro-activité semble impossible pour la commission. Elle propose, afin de ne

pas attendre une dizaine d'année deux nouvelles obligations pour les individus les plus dangereux : l'assignation à domicile et la mesure de déplacement surveillé.

- d. Approbation sans réserve de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale
- e. Maintien de la possibilité de recourir à un psychologue pour l'injonction de soins.

MD

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté
et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
Evolution du texte – Etude de quelques points

L'étude pointilleuse des modifications de terminologie tout au long de la navette parlementaire, accompagnée des argumentations des uns et des autres s'avèrerait particulièrement intéressante. D'autant plus qu'il s'agit probablement d'un texte qui marquera historiquement le début de l'ère Sarkozy à l'instar la loi du 24 novembre 1933 en Allemagne dite loi de mesure de « détention sûreté » qui inaugura l'arrivée au pouvoir d'Adolf Hitler (cf. Le Canard enchaîné n°4556, 20 février 2008 : « *Une loi qui ne devrait pas faire Führer* »).

Retenons quelques points principaux.

Les sujets concernés par la rétention de sûreté

Une modification sémantique d'importance est intervenue en commission paritaire mixte (CPM), donc sans permettre aux sénateurs et aux députés d'en discuter et qui concerne la « définition » des sujets concernés (article 1^{er} de la loi et 706-53-13 du code de procédure pénale) :

- Projet de loi présenté par le gouvernement : « *La personne condamnée pour (la liste des crimes a évolué au fur et à mesure des discussions) peut faire l'objet d'une rétention de sûreté lorsqu'elle présente une particulière dangerosité caractérisée par le risque particulièrement élevé de commettre à nouveau une infraction* ».

- Projet de loi adopté par l'AN (09/01/2008) : « *Cette personne peut... lorsqu'elle présente, en raison d'un trouble grave de la personnalité, une particulière dangerosité...* »

- Projet de loi adopté par le Sénat (31/01/2008) : pas de modifications significatives /AN

- Modification apportée en CPM par Georges Fenech et qui restera dans le texte de la loi promulguée (25/02/2008) : « *A titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité...* ». Le député justifie cette modification de manière allusive et porteuse de possibles sous-entendus, probablement aux conséquences futures importantes, par le fait qu'elle permettra de « *mieux cerner la réalité de la situation des personnes qui pourront faire l'objet d'une rétention de sûreté* ».

Arrêtons-nous quelques instants sur cette modification survenue subrepticement au sein de l'assemblée restreinte que constitue la CPM. Le placement en rétention de sûreté surviendra après une procédure précise comportant entre autre une expertise psychiatrique. On imagine aisément que la future mission d'expertise pourra être la suivante :

1) *L'intéressé présente-t-il une particulière dangerosité parce qu'il souffre d'un trouble grave de la personnalité tel que défini à l'article 706-53-13 du CPP*

2) *Préciser les modalités de prise en charge médicale et psychologique prévues à l'article 706-53-14 du CPP*

3) *L'intéressé relève-t-il d'une injonction de soins à l'issue de la mesure de rétention de sûreté telle que prévue par la loi du 17 juin 1998 ?*

4) *Faire toutes observations utiles¹*

Si le texte s'en était tenu au projet de loi initial, la 1^{ère} question aurait pu être : « *L'intéressé présente-t-il une particulière dangerosité ?* » ; si le texte définitif avait été celui d'avant la CPM, la question aurait été : « *L'intéressé présente-t-il une particulière dangerosité et une probabilité élevée de récidive en raison d'un trouble grave de la personnalité ?* ».

L'évolution est intéressante. On est passé d'une définition strictement criminologique à une définition de plus en plus « psychologico-psychiatrique » : d'un sujet qui présente un trouble grave de la personnalité à un sujet qui souffre de ce trouble. La référence à une prise en charge criminologique suggérée par le Sénat a même ensuite été retirée par la CPM. La « médicalisation » n'est probablement pas fortuite. On voit guère ce qu'auraient fait les experts psychiatres dans la première version (plutôt du ressort des criminologues) alors que progressivement un rôle important est donné à la psychiatrie, à la fois sur le plan expertal mais aussi sur le plan thérapeutique dans les centres de rétention d'où la justification alambiquée de G. Fenech de « *mieux cerner la réalité de la situation des personnes concernées* ».

¹ Question très ouverte qui plaît beaucoup aux magistrats et qui interroge sur les limites de l'adage expertal classique : « la mission rien que la mission ».

Le passage du constat d'un trouble grave de la personnalité au fait de souffrir d'un trouble grave de la personnalité n'est donc pas anodin. Le constat pouvait être strictement objectif : l'expert constate (diagnostique) un trouble grave de la personnalité, tandis que la référence à la souffrance renvoie à la notion de l'éprouvé d'une souffrance (passons sur l'acception qui consiste à ne pas « souffrir quelqu'un », ce qui on le sait ne peut aucunement concerner les individus particulièrement dangereux (« monstrueux ») et il faudrait faire preuve d'une « particulière » mauvaise foi pour penser que l'inconscient du législateur ait eu une quelconque influence sur l'introduction de cette expression dans le texte de loi).

Puisque les politiques ont décidé que les psychiatres devaient dire leur mot, cherchons dans quelques unes de nos laïques bibles, même si elles n'entraînent pas la pieuse adhésion de tous, ce qui en est dit des troubles de la personnalité.. Parmi les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité du DSM-IV², le critère C se décline ainsi : « *Cette modalité durable de l'expérience et des conduites entraîne une souffrance cliniquement significative OU une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants* ».

Selon le type de troubles de la personnalité, la bascule se fait de manière variable soit vers la souffrance du sujet (personnalités limite, évitante, dépendante, schizotypique), soit vers la souffrance de l'entourage (personnalités paranoïaque, antisociale) ou bien encore se répartit sur les deux versants de manière plus ou moins importante (personnalités histrionique, narcissique, obsessionnelle-compulsive).

On peut s'attendre à ce que certains sujets ou leurs avocats s'engouffrent dans la contestation de la notion de souffrance : « *mais non, je vais très bien, je ne souffre de rien moi* ». Et comme la contre-expertise est de droit (article 706-53-15 CPP), on peut s'attendre à quelques belles empoignades expertales et à l'encombrement des juridictions par toujours plus de nouvelles missions d'expertises avec les rares experts en fonction (et qui voudront encore se lancer dans ces périlleux exercices de style).

Evidemment, la contrepartie avantageuse de l'introduction de la notion de souffrance est de permettre une psychiatrisation du criminel et de suggérer que des soins sont possibles. Tout le débat parlementaire (de droite comme de gauche) est infiltré de l'assimilation du crime et de la folie, voire que tout dangereux est un malade. La gauche opposée aux centres de rétention propose comme alternative l'hospitalisation d'office pour les dangereux en oubliant que la notion de

² La gravité n'y est pas clairement référencée mais on pourrait la déduire du nombre important de critères rencontrés pour un trouble.

troubles mentaux est une condition nécessaire à l'hospitalisation d'office³ (cf. ci-dessous le communiqué de presse du bureau national du Parti socialiste).

Les modalités de prise en charge

L'Assemblée nationale (AN) souhaitait que le placement en centre de sûreté offrit au « retenu » (on l'appelle comment au fait cet ex prévenu/condamné/détenu ?) une prise en charge médicale et sociale. Le Sénat (S) plus ambitieux souhaitait une prise en charge médicale, éducative, sociale, psychologique et criminologique (ouf, en chipotant, les psychiatres pouvaient ne pas se sentir concernés, laissant hypocritement le médical au somaticien : médecin pour la castration chimique en attendant le chirurgien pour la castration physique et le retour du bourreau pour la castration capitale). Lors de la commission paritaire mixte, le rapporteur de l'AN, Georges Fenech propose de supprimer la référence éducative et criminologique « *dès lors que la notion de prise en charge éducative apparaîtra par trop inappropriée après une période aussi longue passée en détention et que la psycho-criminologie constitue une science encore trop récente pour être consacrée par la loi* ». Exit les débats distinguant dangerosité psychiatrique et criminologique et recentrage sur le psychiatrique.

A-t-on demandé aux psychiatres et aux psychologues s'il savait traiter les troubles graves de la personnalité ? Pourquoi s'encombrer de cette question ? Puisque des livres de référence traitent ce sujet (ne serait-ce que les classifications mondialement reconnues : CIM-10 et DSM-IV) et que des pys bavards et doctes ont leur idée sur tout et qu'ils se déclarent « santémentalistes », on ne voit pas pourquoi ils ne pourraient pas rééduquer nos déviants, même s'ils ne présentent pas à proprement parler une maladie mentale. Les psychiatres devraient pouvoir contribuer à aider ces sujets à retrouver une bonne santé mentale (le parfait équilibre). Les parlementaires manifestement confondent maladies mentales et troubles de la personnalité et pensent qu'ils peuvent faire l'objet des mêmes traitements. Il importe pourtant de bien distinguer les deux registres comme l'écrit clairement Daniel Zagury dans un article récent (*Humeur : les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ?* L'Information psychiatrique, janvier 2008 ; 84 : 11-3).

Les relations magistrats/SPIP/AP/SMPR

La complexité et le flou de ces situations juridiques s'expriment de manière intéressante au nouvel article 717-1 A du CPP : « *Art. 717-1 A. - Dans l'année qui suit sa condamnation définitive, la*

³ A moins de changer la loi de 1990 afin de permettre d'éliminer tous ceux qui perturbent l'ordre public qu'ils soient malades ou non.

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

On notera déjà la maladresse de l'écriture de la phrase surlignée qui laisserait entendre que les troubles psychiatriques naissent de l'indication médicale, quelle iatrogénèse ! (censés guérir, les psychiatres en seraient réduits à créer la maladie, pour mieux la soigner et donc légitimer un trouble mental). A moins qu'il ne s'agisse d'une irruption de l'inconscient du législateur, la rédaction suivante aurait été plus explicite : « *Si la personne souffre de troubles psychiatriques, elle fait l'objet, sur indication médicale, d'une prise en charge adaptée à ses besoins, le cas échéant en hospitalisation* ».

Donc : juste après sa condamnation, un détenu peut être considéré comme souffrant de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation. Il ne s'agit certainement pas d'une décompensation mais bien, dans l'esprit du législateur, que les sujets sont psychiatriquement perturbés, tout en ayant été reconnus responsables. Ensuite, un jeu à définir va se jouer entre le juge d'application des peines et les soignants en prison. A voir...

Idem pour l'article 717-1 : « *Deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné susceptible de relever des dispositions de l'article 706-53-13, celui-ci est convoqué par le juge de l'application des peines auprès duquel il justifie des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé en application des deuxième et troisième alinéas du présent article. Au vu de ce bilan, le juge de l'application des peines lui propose, le cas échéant, de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé* ». « Disputes » en perspectives sur le « justificatif des suites » puis le traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

A préciser également, le contenu « des informations utiles » prévues au dernier alinéa du 717-1 : « *Les agents et collaborateurs du service public pénitentiaire transmettent aux personnels de santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes* ».

Dans la même veine, l'article L. 6141-5 du CSP (article 8 de la loi) prévoit que : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires* ».

Il s'agira probablement de difficultés d'interprétation plus ou moins importantes selon les contextes locaux et la qualité de la communication entre pénitenciers et soignants. Dans de nombreux endroits, les situations « critiques » de danger aussi bien pour les détenus que pour le personnel pénitentiaire (ou soignants) sont déjà signalées pour que les dispositions indispensables soient prises. Toutefois, on peut s'interroger sur d'éventuelles conséquences complexes. Ainsi, des soignants peuvent repérer un détenu très impulsif pouvant facilement passer à l'acte hétéro-agressif, sans pour autant souffrir d'une maladie mentale mais ayant un trouble de la personnalité. Ils signalent la situation à l'administration pénitentiaire, en indiquant uniquement les particularités de son comportement (sans donner de diagnostic). Le détenu agresse un surveillant et le blesse. Pourquoi ne demandera-t-on pas aux soignants : vous étiez au courant de sa dangerosité puisque vous l'avez signalée et pourquoi ne l'avez-vous pas hospitalisé ?

Le même article (article L. 6145-5 du CSP), *in limine*, est aussi source d'ambiguïté sur un point très important : le statut des centres de rétention : « *Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté. Les dispositions des titres Ier, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables. Le ministre de la justice affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier* ».

La localisation des centres de rétention serait donc dans des établissements de santé (cf. article infra sur l'établissement public de santé national de Fresnes) avec toute une administration relevant du ministère de la justice. Le même sort sera-t-il réservé aux unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), implantées dans des hôpitaux mais gérées uniquement par la santé, avec du personnel pénitentiaire affecté exclusivement à la surveillance périmétrique mais jusqu'ici sans personnel administratif pénitentiaire ?

Quelle confusion ! On croirait lire dans ces dispositions la psyché de certains agresseurs sexuels qui ne connaissent ni limites, ni repères, se perdent dans la confusion des générations et sont dans une relation d'emprise sur leurs victimes (ici l'emprise politique et judiciaire sur le sanitaire).

Le mélange des genres devient effroyable. Une des composantes du travail psychologique avec les sujets détenus consistent à chercher à rétablir une certaine cohérence dans une psyché pleine de confusion. Les professionnels ont besoin d'un cadre stable, aux contours les plus clairs et lisibles possibles pour agir. Les dispositions prises actuellement par le pouvoir politique en place vont non seulement à l'inverse de toute action cohérente et efficace mais elles créent plutôt une

situation instable voire dangereuse. On peut sans hésitation parler de particulière dangerosité politique qui fera l'objet d'un traitement justement « particulier » dans le prochain Kamo.

Le sujet condamné irresponsabilisé

Bien que le Guide méthodologique consacré à la prise en charge des personnes détenues réactualisé en septembre 2004 ait particulièrement pris en compte les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la responsabilisation du patient dans sa prise en charge n'est toujours pas socialement intégrée. La loi est née d'une demande des usagers de se sentir plus concernés par leur prise en charge médicale, d'être mieux informés et de se désengager de l'impérialisme du paternalisme médical. On réalise six ans après la promulgation de cette loi, que les plus paternalistes ne sont pas les médecins.

L'article 6 de la loi du 25 février 2008 illustre le maintien du sujet dans une situation de dépendance : « *Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.* ». Brèche supplémentaire dans l'abrasion du caractère général et absolu du secret médical (conséquence logique d'une société sécuritaire et peureuse⁴) alors qu'il serait beaucoup plus pertinent de passer par le patient qui peut obtenir du médecin de SMPR un certificat attestant des soins reçus et dont le contenu fera l'objet d'un échange à visée thérapeutique et qu'il communiquera lui-même au médecin coordonnateur. On peut également envisager d'autres moyens de communication. Ainsi, dans les réflexions professionnelles autour de la fonction de médecin coordonnateur, il est évoqué qu'il puisse rencontrer le condamné en prison avant sa libération et s'il le souhaite en présence de son psychiatre du SMPR. Cette solution, « transparente » a l'avantage de créer un lien précoce médecin coordonnateur/condamné, de permettre une transition optimale à la libération et d'éviter les flottements liés aux ruptures habituelles lors des passages milieu ouvert/milieu fermé. Cet aspect très technique fait partie des propositions concrètes que les soignants spécialisés dans ces problématiques peuvent proposer mais pas assez « médiatiques » pour être comprises et retenues par les politiques et l'opinion publique.

⁴ A laquelle contribue la Gauche quand elle propose l'hospitalisation d'office des dangereux même indemnes de maladie mentale.

La déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
Modification de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique
Par la [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 5](#)

Ce numéro de Kamo, comme le précédent, a été essentiellement consacré à la partie de la loi qui concerne la rétention de sûreté. Pourtant celle qui concerne l'irresponsabilité pénale est toute aussi importante. Le manque de temps est en partie à l'origine de ce choix.

Toutefois, il convient de regretter d'emblée que soit confondue dans une même loi des dispositions qui concernent des délinquants responsables et des sujets auteurs d'infractions mais présentant une maladie mentale. Eternelle confusion entre le crime et la folie.

Deux aspects seront rapidement évoqués. Le premier concerne l'absurdité de condamner à une peine de prison et à une amende un sujet qui a été reconnu irresponsable de son infraction mais qui ne respecterait pas ensuite les mesures de sûreté qui ont lui été imposées.

Le deuxième point peut avoir des conséquences importantes. Il s'agit d'un simple ajout (surligné ci-dessous), qui peut paraître anodin, suite à une lecture rapide et qui concerne l'article 5 de la loi modifiant l'article L. 3213-7 du CSP : « *Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un **classement sans suite** motivé par les dispositions de l'article [122-1](#) du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article [L. 3213-1](#) doit porter sur l'état actuel du malade.*

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues ».

Rappelons que l'hospitalisation d'office qui découle de l'application de cet article nécessite la décision conforme de deux experts psychiatres (article L. 3213-8 CSP) pour être levée. Rappelons également, comme le citait le Rapport Burgelin (juillet 2005) que le nombre de classements sans suite motivés par un état mental déficient a augmenté entre 1998 et 2003 de 23% (4996 à 6089) et le nombre de classements sans suite motivés par l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux de la personne mise en cause, a augmenté de 55% (2385 à 3705) sur la même période. Jusqu'à maintenant, seuls environ 200 à 250 non lieux pour causes psychiatriques faisaient l'objet de possibles hospitalisations d'office. L'article suivant signé de Gérard Rossinelli revient également sur ce point.

On peut donc s'attendre à une très forte augmentation des hospitalisations d'office dans les années à venir suite aux classements sans suite. Les psychiatres de secteur peuvent s'attendre à voir leur durée moyenne de séjour augmenter, les psychiatres experts de nouveau encore plus sollicités, les frais de justice enflés etc.

Enfin, à quoi tout cela se résume-t-il ?

Tout cela ne se résume-t-il pas à l'alternative suivante ? :

- Les politiques ont parfaitement conscience que la psychiatrie échouera à traiter les « particulièrement dangereux », que les experts psychiatres ne savent pas pronostiquer la dangerosité à venir mais que par frilosité précautionneuse, ils ouvriront systématiquement le parapluie et déclareront que les intéressés souffrent de troubles graves de la personnalité et présentent un risque de récurrence. Conclusion : on enfermera jusqu'à ce que mort s'ensuive. Dans ce cas, il s'agit d'une hypocrisie et d'un mensonge politique mais qui satisfait pleinement la majeure partie de la population et l'on se donne l'apparence humaniste de vouloir guérir les méchants. Les grands principes du droit peuvent être bafoués : ces préoccupations ne sont que des soucis d'intellectuels qui non seulement font fi des souffrances des victimes mais qui sont en outre de doux rêveurs face à la méchanceté de l'être humain. En phase avec le populisme triomphant et dominateur ambiant, le bon politique ne peut que s'avérer excellent.

- Les politiques croient sincèrement que la psychiatrie est compétente, que ce soit en amont avant le centre de rétention ou pendant le placement en centre de rétention et qu'après guérison, les intéressés pourront retrouver une vie épanouie sans nuire à autrui. Si tel est le cas, ils sont mal informés et ils prennent des décisions sur des bases erronées. Ce qui faisait dire à Bernard Debré, lors du débat à l'Assemblée nationale : « *« Si nos concitoyens lisent nos débats, ils vont peut-être comprendre que nous sommes complètement « à côté de la plaque » et se demander si nous ne devrions pas être hospitalisés à la demande d'un tiers !* ». A moins, qu'il ne s'agisse d'une « particulière dangerosité politique » (la formule est nouvelle, mais la pratique ancienne) et dans ce cas, le centre de rétention serait préférable à l'hôpital psychiatrique (d'autant plus que nous ne savons pas soigner la dangerosité politique).

Dans tous les cas, la guillotine sèche est de retour. A défaut de couper la tête de certains délinquants, on leur coupe les issues vers une liberté lointaine. MD.

A PROPOS DE LA LOI N°2008-174 DU 25 FEVRIER 2008 RELATIVE A LA
RETENTION DE SURETE ET A LA DECLARATION
D'IRRESPONSABILITE PENALE

L'analyse de Gérard ROSSINELLI

Vice-président du syndicat des Psychiatres des Hôpitaux chargé de la psychiatrie légale
www.sphweb.info

Les récentes décisions du Conseil Constitutionnel, modifiant très partiellement la loi adoptée par le Parlement, confirment les modifications profondes du droit pénal et selon l'argumentation de Robert Badinter, le passage d'une justice de responsabilité à une justice de sûreté.

Si la non rétroactivité des mesures de rétention de sûreté a été signifiée et l'application concrète de ces mesures reportée à plusieurs années, il n'en demeure pas moins que dans le cas de la surveillance de sûreté et lorsqu'un suivi socio-judiciaire, des injonctions de soins ne seront pas respectés, des mesures de détention particulièrement prolongées dans le temps peuvent d'ores et déjà être envisageables ...

Il convient aussi de rappeler que toutes ces mesures de sûreté s'appuient sur un avis expertal préalable, ce qui renforce bien évidemment la problématique de l'expertise psychiatrique pénale dont l'approche éthique et les conditions d'exercice apparaissent de plus en plus discutables et invalidants.

A défaut de rendre inapplicable la loi votée par le Parlement, une professionnalisation de l'expertise psychiatrique, une sous qualification par la réalisation d'exercices expertaux de professions moins qualifiées risquent de s'instaurer. De plus, le rôle de caution ou dérive sécuritaire d'une société mutante inquiète sur son avenir immédiat n'apparaît pas des plus réjouissantes ni adaptées pour préserver l'espace de liberté thérapeutique.

MAIS TRES BIZARREMENT, un consensus parlementaire, professionnel et associatif concerne la déclaration d'irresponsabilité pénale de trouble mental.

Certes la décision du Conseil Constitutionnel visant à la non inscription dans le casier judiciaire des mesures d'irresponsabilité pénale ne saurait être minimisée mais cela disparaît automatiquement si des mesures de sûreté sont prononcées pour les malades mentaux.

Nous sommes maintenant loin des 204 cas annuels concernés par l'irresponsabilité pénale et l'application de l'article 122-1 dans le recueil des données judiciaires

Des milliers de personnes placées en hospitalisation d'office par le Préfet ou le Maire de la commune et bénéficiant d'un classement sans suite par le parquet sont directement concernées par la décision de permettre l'hospitalisation d'office par l'instance judiciaire de manière complémentaire à celle du Préfet mais aussi de permettre à la chambre de l'instruction saisie quasi automatiquement de procédures d'irresponsabilité pénale ou aux juridictions de jugement de formu-

ler des mesures de sûreté.

Ces six mesures vont de l'interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction de certaines personnes, de l'interdiction de paraître dans tous lieux spécialement désignés, de l'interdiction de détenir ou de porter une arme, de la suspension du permis de conduire, de l'annulation de permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis à l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée dans l'exercice de laquelle l'infraction a été commise ou impliquant un contact habituel avec les mineurs.

Ces mesures peuvent se prolonger jusqu'à dix années en matière correctionnelle, vingt ans en matière criminelle. Elles s'appuient aussi logiquement sur une expertise psychiatrique dont on peut penser que des questions portant sur les mesures de sûreté à prendre rejoindront la mission type expertale. La personne présentant des troubles psychiatriques représente donc le vecteur sociologique de l'introduction des mesures de sûreté, qui, comme le rappelle difficilement le Conseil Constitutionnel, ne constitue pas une peine mais toutefois des mesures privatives de libertés...

IL EST DIFFICILE de concevoir que dans le cadre d'une réquisition d'experts, questionnés sur l'éventuelle application d'une mesure de sûreté, le praticien requis engagera sa responsabilité professionnelle en écartant toute éventualité de mesures de sûreté ultérieures pour les personnes expertisées.

Il en est déjà ainsi pour l'expertise post-sentencielle permettant une libération conditionnelle de certaines catégories de détenus et on peut craindre que cette loi promulguée concernant la déclaration d'irresponsabilité mentale vise à stigmatiser les personnes présentant des troubles psychiatriques sous main de justice, les mesures de sûreté remplaçant progressivement d'autres mesures répressives comme la mise en détention.

L'interdiction de résider dans une commune ou un département, de fréquenter certaines personnes, d'exercer certaines activités professionnelles associées à un contrôle judiciaire menaçant de permettre aux magistrats de ne pas mettre en détention des personnes présentant des troubles mentaux tout en les privant de libertés

COMMUNIQUE DE PRESSE
CONCERNANT LA LOI RELATIVE A LA RETENTION DE SURETE ET A LA
DECLARATION D'IRRESPONSABILITE PENALE

Fédération Interco CFDT - 24 février 2008

Contact Presse : Olivier MOUROT – omourot@interco-cfdt.fr

Texte

La décision du conseil constitutionnel de valider - même amendée- la loi sur la rétention de sureté est une mauvaise nouvelle pour tous ceux qui sont attachés à la défense des libertés et pour lesquels la France reste la patrie des droits de l'homme.

La rétention de sureté qui permet l'enfermement à vie de personnes en raison de la crainte des actes qu'ils pourraient commettre et non pas de ceux qu'ils ont commis constitue une dérive inquiétante du droit en même temps que la marque d'un échec : celui anticipé de la réinsertion.

La rétention de sureté est ainsi le symptôme d'une impuissance revendiquée et assumée.

La tentative de passer outre l'avis du Conseil manifestée par le Président de la République en saisissant le 1^{er} président de la Cour de cassation est une dérive supplémentaire contre laquelle notre fédération s'insurge.

Avec la Fédération Syndicale Européenne des Services Publics (FSESP), la fédération Interco-CFDT qui syndique tous les personnels de justice en France (Magistrats, services judiciaires, pénitentiaire et protection judiciaire de la jeunesse) affirme qu'il est temps d'ouvrir « *un large débat public sur la criminalité et la justice et sur le rôle des prisons dans notre société* » en France et en Europe.

Pour notre fédération, l'institution de la rétention de sureté confirme que le droit ne peut se construire sur l'exploitation de l'émotion et du fait divers et qu'il est grand temps que nous nous posions collectivement la question du sens et des conditions de l'enfermement.

Le 28 février prochain, une délégation de la CFDT participera à Bruxelles aux côtés de délégués de dix pays européens, à un rassemblement organisé à l'occasion d'une réunion du Conseil européen des ministres de la Justice et de l'Intérieur, qui ont en charge les services pénitentiaires.

Surveillants, assistants sociaux, personnel d'éducation, de probation, médical et infirmier manifesteront pour dénoncer la surpopulation carcérale, en hausse dans presque tous les pays de l'Union.

Cette initiative, la première organisée par la FSESP et ses organisations affiliées, constitue le premier pas du débat que nous appelons de nos vœux.

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE NATIONAL DE FRESNES (EPSNF)

Rapport annuel de la Cour des comptes 2007 et centre de rétention de sûreté

La cour des comptes dans son rapport annuel 2007 consacre 10 pages à l'Etablissement public national des hôpitaux de Fresnes. Récemment, le gouvernement annonçait l'ouverture d'un premier centre de rétention d'environ 30 places dans cet établissement. Cela mérite quelques réflexions.

La cour des comptes signale s'être déjà penché à deux reprises sur la situation de l'EPSNF sans que ses remarques aient été prises en compte : « *L'hôpital pénitentiaire de Fresnes a succédé à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, créée en 1898, en même temps que la maison d'arrêt de Fresnes. Transformé en établissement public en 1985, il est devenu, en 1995, l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Certaines critiques formulées par la Cour des comptes lors de ses précédentes interventions en 1991 et 1996 n'ont toujours pas trouvé de réponse, en particulier sur la place de l'établissement dans l'organisation des soins des détenus en France. L'incertitude qui en découle a de graves répercussions sur le fonctionnement de l'établissement* ».

La mission de l'EPSNF est mal définie selon la cour des comptes et il conviendrait aux pouvoirs publics de mieux préciser sa place au sein des UCSA, des UHSI et des chambres sécurisées. Après étude, la cour des comptes propose et recommande

« *Douze ans après la réforme de 1994 sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus, la question de la place, voire de l'utilité même de l'EPSNF dans ce dispositif n'a toujours pas été réglée. Les attermolements continus d'une triple tutelle ministérielle ont trop souvent laissé l'établissement face à des difficultés qu'il ne pouvait résoudre seul. Celles rencontrées dans sa fonction sanitaire sont les plus préoccupantes eu égard aux risques d'accidents qu'elles entraînent.*

L'Etat, s'il ne prenait pas les mesures nécessaires pour les éviter, pourrait voir sa responsabilité mise en cause. Trop longtemps différées, les décisions sur l'articulation entre l'EPSNF et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, la sécurisation de l'unité de dialyse et le devenir du bloc chirurgical doivent être prises sans délai.

La Cour recommande donc de :

* clarifier le rôle de l'EPSNF dans le dispositif sanitaire national de prise en charge des détenus en définissant avec précision les conditions de son articulation avec l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et les missions sanitaires qu'il doit continuer d'assumer ;

* substituer la tutelle de l'ARH Ile de France à celle de la DHOS ;

** si le maintien d'une activité de chirurgie est jugée indispensable, prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des patients en organisant la présence de médecins de plein exercice, conformément à la réglementation ;*

** si l'activité de dialyse est maintenue, mettre en place la convention de repli et renforcer les moyens en personnel médical spécialisé ;*

** mettre en œuvre les conventions nécessaires à la clarification des relations entre l'EPSNF et les services de l'administration pénitentiaire et réintégrer dans les comptes de l'établissement les dépenses qu'il occasionne ».*

En déclarant vouloir créer un centre de rétention dans l'EPSNF, le gouvernement répond-il à la cour des comptes en clarifiant son rôle ?

En fait, deux messages sont délivrés clairement par le gouvernement :

- 1) La « sanitisation » de la prise en charge des particulièrement dangereux en voulant créer le premier centre de rétention dans un établissement de santé.
- 2) La confirmation du statut de détenu pour les « retenus » puisque l'EPSNF ne reçoit pour l'instant que des personnes sous écrou. Alors, peine ou mesure de sûreté ?

On comprend bien la volonté du gouvernement de faire quelque chose de l'EPSNF, mais est-ce la bonne décision ?

On comprend encore plus la volonté du président de la République de vouloir trouver une solution pour que la rétention de sûreté soit applicable dès maintenant (la fameuse rétroactivité) après l'annonce de l'ouverture du premier centre à Fresnes.

Toujours des annonces précipitées et une curieuse impulsivité.

Le conseil constitutionnel a donc imposé une temporisation de 15 ans pour « recycler » l'EPSNF

COMMUNIQUE DU BUREAU NATIONAL DU PARTI SOCIALISTE

Sur la loi Dati créant la rétention de sûreté

Mardi 26 février 2008

<http://presse.parti-socialiste.fr/2008/02/26/communiqué-du-bureau-national-sur-la-loi-dati-creant-la-retention-de-surete/>

Contrairement à ce que prétend Nicolas SARKOZY concernant les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel sur le projet de loi DATI créant la rétention de sûreté, la législation actuelle contient déjà plusieurs dispositions permettant de lutter contre la récidive de criminels considérés dangereux :

- la loi Guigou de 1998 sur le suivi socio-judiciaire qui prévoit d'astreindre une personne ayant purgé sa peine à des soins et des contrôles très stricts.
- la loi Clément de 2005 sur la surveillance judiciaire qui permet d'astreindre une personne bénéficiant d'un aménagement de peine à des contrôles et à des soins ainsi qu'au port d'un bracelet électronique.
- l'hospitalisation d'office peut être décidée par les autorités administratives (maire ou préfet) sur la base d'un avis médical qui permet d'interner, en hôpital psychiatrique, une personne jugée dangereuse pour elle-même ou pour les autres.

Le Conseil constitutionnel a décidé qu'en vertu du principe de non rétroactivité des lois, la rétention de sûreté ne s'appliquera pas aux personnes condamnées pour des faits antérieurs à la loi, exception faite des personnes placées sous surveillance judiciaire qui se soustrairont à leurs obligations (port du bracelet électronique ou injonction de soins).

En sollicitant l'avis du premier président de la Cour de Cassation pour essayer de contourner cette partie de la décision du Conseil constitutionnel, le président de la République, pourtant gardien de la Constitution, en a méconnu l'article 62. Cette gesticulation médiatique destinée à l'opinion publique est donc aussi un acte grave qui revient à mettre en cause l'autorité suprême des décisions du Conseil constitutionnel.

En imposant à la juridiction compétente en matière de rétention de sûreté de « vérifier que la personne condamnée a effectivement été en mesure de bénéficier, pendant l'exécution de sa peine, de la prise en charge et des soins adaptés au trouble de la per-

sonnalité dont elle souffre », le Conseil constitutionnel émet une critique en creux du manque cruel de moyens dont souffre aujourd'hui l'administration pénitentiaire.

En refusant d'allouer aux structures médicales et psychiatriques, déjà dramatiquement insuffisantes en prison, les moyens budgétaires nécessaires à leur fonctionnement, le gouvernement actuel aggrave fortement les risques de récidive.

Par ailleurs, il est anormal, alors que les textes en vigueur le permettent, de laisser une personne reconnue dangereuse sortir de prison sans qu'aucune mesure ne soit prise, bracelet électronique (légal depuis le texte de 2005) ou placement d'office. Le drame d'août dernier a mis en évidence une carence grave de l'application des textes, notamment par la non publication des décrets d'application de la loi de 2005 par le gouvernement.

Le Parti socialiste estime que toutes les mesures légales existent déjà pour lutter sérieusement et efficacement contre la récidive. Il demande au gouvernement d'assumer ses responsabilités et de dégager tous les moyens nécessaires pour que l'ensemble de ces mesures soient mises en œuvre au lieu de botter en touche par une nouvelle loi.

Réponse de Socapsyleg au communiqué du Parti socialiste

Non à l'idée que la troisième disposition évoquée est applicable pour les cas concernés par la loi. Le choix des termes pour justifier l'hospitalisation d'office est faux, voire archaïque : on n'interne pas, on hospitalise et la formule légale du code de la santé publique (article L 3213-1) pour l'hospitalisation d'office s'énonce ainsi : l'hospitalisation d'office est prononcée pour les « personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent de façon grave, à l'ordre public ». Les termes de dangerosité pour elle-même ou pour les autres n'apparaissent pas dans l'article.

Durant les débats parlementaires, deux anciennes gardes des sceaux socialistes ont insisté pour que l'hospitalisation d'office soit une alternative aux centres de rétention. L'actuelle ministre de la justice, cohérente avec le projet de loi présenté, a bien expliqué que les sujets concernés par la rétention de sûreté ne relevaient pas de l'hospitalisation d'office car ils ne présentent pas de maladie mentale au sens du code de la santé publique.

Même si l'ensemble de ce débat est entaché de confusion, car en fait personne ne sait exactement comment traiter ces situations en respectant deux impératifs inconciliables : atteindre

l'impossible risque zéro et ne pas contrevenir aux principes fondamentaux du droit de nos sociétés, il ne faut pas pour autant, afin de s'opposer à des mesures peu glorieuses, proposer d'autres mauvaises mesures.

Certains parlementaires de l'opposition ont exprimé leur souhait de voir la loi abolie si la gauche revenait au pouvoir. D'ici là, espérons qu'elle réfléchira sereinement pour faire des propositions cohérentes. Pour l'instant, tel n'est pas le cas (hormis d'aider au développement des dispositifs existants : suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soins, placement sous surveillance électronique, libération conditionnelle bien encadrée etc.). Espérons également que les débats relatifs à la future loi pénitentiaire feront preuve de plus de cohérence et de lucidité quant aux mesures à préconiser.

INJONCTION DE SOINS

Médecins coordonnateurs et médecins traitants : Actualités

Au cours de la discussion sur la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, la ministre de la justice s'était engagée à porter le nombre des médecins coordonnateurs de 150 à 500 à la fin du 1^{er} trimestre 2008. Des mesures incitatives devaient être proposées.

L'arrêté du 24 janvier 2008 pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs apporte les nouveautés suivantes :

- le nombre de personnes condamnées suivies par un médecin coordonnateur au cours d'une même année passe de 15 à 20.

- L'indemnité forfaitaire par personne est portée à 700 € bruts pour au moins 3 entretiens par an (réduction de la somme de moitié si le nombre d'entretien est égal ou inférieur à 2).

La loi du 25 janvier 2008 relative à la rétention de sûreté modifie l'article L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs qui doivent « coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude » et la communication doit être renforcée entre le médecin coordonnateur et les médecins des SMPR : « Sans **que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant** ». Autre précision de la loi, les psychologues pouvant intervenir dans la prise en charge du condamné au cours de l'injonction de soins doivent être en exercice depuis **au moins cinq ans** (art. L. 3711-4).

Article L3711-1

Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 6](#)

Pour la mise en œuvre de l'injonction de soins prévue par les articles 131-36-4 et 132-45-1 du code pénal et les articles 723-30 et 731-1 du code de procédure pénale, le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur qui est chargé :

1° D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;

2° De conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande ;

3° De transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ;

4° D'informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire, le sursis avec mise à l'épreuve ou la surveillance judiciaire est arrivé à son terme, ou le condamné qui a bénéficié d'une libération conditionnelle, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables à raison notamment de l'évolution des soins en cours ;

5° De coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

Article L3711-2

Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 6](#)

Les rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction ainsi que, le cas échéant, le réquisitoire définitif, l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel, l'arrêt de mise en accusation et le jugement ou l'arrêt de condamnation et, s'il y a lieu, toute autre pièce du dossier sont communiquées, à sa demande, au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur. Il en est de même des rapports des expertises ordonnées par le juge de l'application des peines en cours d'exécution, éventuellement, de la peine privative de liberté ou de suivi socio-judiciaire.

Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Le médecin traitant délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins.

Dans la droite ligne de l'ajout du 5° de l'article L. 3711-1, les médecins coordonnateurs ont reçu en février 2008, via les DRASS, un questionnaire qu'ils doivent transmettre aux médecins traitants afin que ceux-ci détaillent leur activité en matière d'injonction de soins. Il s'agit pour la DGS « *d'accroître la qualité de la prise en charge des personnes soumises à l'injonction de soins et d'augmenter l'attractivité de la fonction de médecin traitant* ». Un projet DGS/CNAMTS de création d'un « contrat de santé public » serait à l'étude afin d'atteindre cet objectif.

A noter qu'en Guadeloupe, une candidature de médecin coordonnateur est en cours de traitement par le procureur de la République de Pointe-à-Pitre mais qu'il n'existe pas encore de réseaux de médecins (et de psychologues) traitants. L'année 2008 devrait voir la mise en route de ce dispositif. MD.

**Site du Centre Ressources
pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)
Poitou, Charentes, Limousin**

Nos collègues du Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles de la région Poitou, Charentes, Limousin ont le plaisir d'annoncer l'ouverture de leur site : www.criavs.org.

Les CRIAVS ont pour mission d'aider à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Il en existe actuellement 7 sur le territoire national (Nord-Pas de Calais Picardie ; Haute et Basse Normandie ; Bretagne Pays de la Loire ; Ile de France ; Poitou Charentes Limousin ; Rhône Alpes Auvergne ; Provence Alpes Côte d'Azur). Un projet Antilles-Guyane a été déposé auprès de l'ARH de la Guadeloupe.

Les pouvoirs publics aimeraient voir se développer de manière plus importante les centres ressources, peut-être davantage à un niveau régional qu'interrégional, pour davantage de proximité et de souplesse. Une fédération des centres ressources est actuellement en cours de création. MD.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN FRANCE

Au cours de débats parlementaires sur le projet de loi Réention de sûreté, la psychiatrie publique a été souvent mise en question. Ce n'est pas la première fois que sénateurs et députés évoquent la psychiatrie comme étant un « problème ».

Aussi, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a retenu (parmi cinq candidatures) le centre national d'expertise hospitalière (CNEH – www.cnef.fr) comme affectataire de l'étude consacrée à « la prise en charge psychiatrique en France » . MD.

PETITION POUR LE MAINTIEN DU PENFLURIDOL

Frédéric SCHEIDER

Psychiatre – CHU de Pointe-à-Pitre

En février 2007, le PENFLURIDOL (SEMAP) a été retiré du marché par le laboratoire JANSSEN-CILAG pour des motifs futiles (composant de la gélule non conforme), sans concertation avec les usagers et les professionnels. Le produit n'est plus actuellement disponible qu'auprès des pharmacies hospitalières, ce jusqu'à épuisement des stocks... De nombreux malades parfaitement stabilisés avec ce médicament ont dû changer de traitement, alors que le Sémap avait fait ses preuves depuis longtemps, était efficace et bien toléré. Certains d'entre eux n'avaient jamais accepté la prise de médicament quotidienne, et ne la tolère pas davantage aujourd'hui, de sorte que bon nombre ont rompu leurs soins et décompenseront tôt ou tard.

Seul antipsychotique à prise orale hebdomadaire commercialisé en France, le SEMAP rendait d'incontestables services :

En urgence, un patient adressé pour une HDT pouvait prendre son SEMAP devant le médecin et sa famille, et un soin sous contrainte ne s'imposait parfois plus, la prise de médicament étant assurée pour la semaine, le patient pouvant être ramené par sa famille huit jours plus tard, souvent amélioré.

En consultation de ville, de jeunes patients souffrant de signes de schizophrénie débutante, parfois très réticents à la prise de traitements, pouvait être facilement convaincus par le psychiatre d'« essayer » la prise d'un seul cachet, qui permettait là encore de constater souvent un début d'amélioration encourageant durant la semaine suivante.

Dans le cadre également des équipes mobiles de psychiatrie, soigner dans la rue des sdf sans avoir à pratiquer d'injection retard est un avantage considérable.

La liste d'exemples serait longue, en psychiatrie de secteur, de ville, dans les SMPR...

Chaque fois que l'accès au soin est difficile, le SEMAP est un outil de choix. ...Etait !

Une pétition demandant que les pouvoirs publics français effectuent la démarche auprès des instances européennes pour que le PENFLURIDOL soit inscrit sur la liste des MEDICAMENTS ORPHELINS, avec l'accord du laboratoire JANSSEN-CILAG, vient d'être lancée après un an de recul par les psychiatres de France.

Merci de diffuser cette pétition et de préciser chaque fois où cela apparaît possible dans la case « remarque » que le signataire est un soignant, un usager, un parent!

Les psychiatres seuls, dans ce genre de démarche, seront très mal écoutés. Les usagers et leurs familles le seront certainement davantage. N'hésitez pas à afficher cette pétition et à la diffuser autour de vous.

Attention, ce site est gratuit, il faut néanmoins bien lire chaque page pour ne pas se faire piéger par des propositions de dons qui ne profitent qu'aux propriétaires du site, et non aux

organisateurs de la pétition !

Pour signer et ajouter vos remarques, il suffit de cliquer sur le lien suivant :

<http://www.ipetitions.com/petition/sauvonslepenfluridolsemap/>

Frédéric SCHEIDER frederic.scheider@orange.fr

Psychiatre, praticien hospitalier

CHU de Pointe-à-Pitre

Route de Chauvel

97139 ABYMES

T : 06 90 90 47 62

AGENDA

DIU de Psychiatrie criminelle et médico légale, Faculté de médecine d'Angers, Responsable d 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

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. Calendrier : mardi 4 mars, 2 avril, 6 mai, 3 juin, 2 juillet. Tél. : 01 48 38 76 84 ; Email : lazarus@smbh.univ-paris13.fr.

Figures de femmes criminelles, Colloque international, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 7 et 8 mars 2008, Renseignements : Martine Andréoli : andreoli@univ-paris1.fr

La Critique du Droit des années 70 à nos jours : Histoire, Influences et Perspectives », Colloque, 13 et 14 mars, Université Pierre Mendès France – Grenoble II, Renseignement : pao-la.geraci@upmf-grenoble.fr

Psychiatrie et sociétés Sécouritaires : Otage, Complice ou Résistante ? Journées d'études APREPA, 27 et 28 mars 2008, 67170 Brumath, Renseignements : APREPA, Etablissement Public de Santé Alsace Nord, 141. Avenue de Strasbourg, B.P. 83, 67170 Brumath, Tél. /Fax : 03 88 64 61 14

Quel est le risque acceptable ?, 2^e Congrès international francophone sur la Psychiatrie et Violence organisé par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le département de psychiatrie du CHUV de Lausanne, 11 et 12 septembre 2008, Lausanne, Appel à communications et renseignements : Dominique.Cousin@chuv.ch.

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://arpenter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS : www.artaas.org/

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

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

Ban public : www.prison.eu.org

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

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

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

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

Comité Consultatif National d’Ethique 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

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 national de la délinquance (OND) : « Bulletin mensuel sur les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie en août 2006 », septembre 2006. www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/OND_bulletinSeptembre06.pdf et Christophe Soullez et Cyril Rizk, « Faits constatés d’atteintes aux biens et de violences dans les DOM-ROM en 2005, Observatoire national de la délinquance, *Grand Angle* n°8, Septembre 2006 : <http://www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/GA8.pdf>.

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. 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

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

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

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

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