

Kamo de Socapsyleg

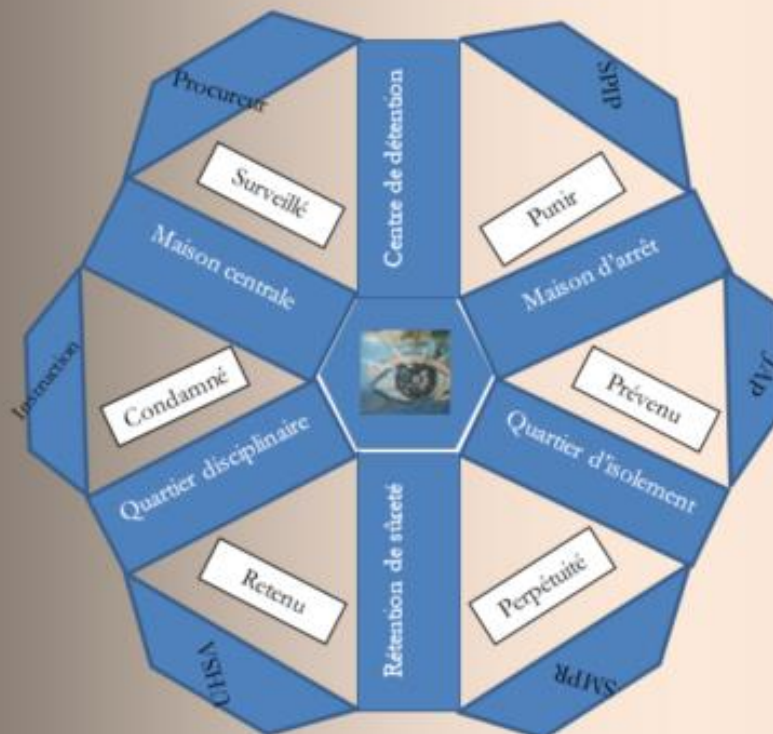
Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

socapsyleg@orange.fr

Année 2017

Numéro annuel

Année 13



Contrainte pénale

Libération conditionnelle

Sursis mis à l'épreuve

Obligations de soins

Suivi socio-judiciaire

Injonctions de soins

Apprenez donc, Messieurs, combien vos lois sont odieuses par l'horreur invincible qu'inspirent ceux qui les font exécuter; honorez au contraire votre Code d'une loi analogue à votre Constitution, propre à fortifier les sentiments qu'elle a voulu inspirer aux Français, d'une loi qui a fait la gloire et la sûreté des peuples anciens, d'une loi que le despotisme a bien osé promulguer avant vous, et maintenir avec succès dans les pays voisins; d'une loi que les peuples esclaves adopteront, si, comme vous, ils sont appelés un jour à fonder leur Constitution; d'une loi enfin sollicitée par cette opinion saine de tous les hommes éclairés, qui ont su dérober leur raison à l'influence des préjugés anciens et à celle des circonstances du moment ».

Adrien **DUPORT**, Discours sur la peine de **mort**, Assemblée nationale, 31 mai 1791.

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, 1766

*C'est l'opinion qui gouverne
le monde, et c'est à vous de
gouverner l'opinion*
Voltaire à d'Alembert, 1767

SOMMAIRE

1. Sommaire, 2
2. Éditorial., 3
3. Genepi, Tout-e prisonnièr-e est politique, 4
4. Refus de la psychiatrie d'être un auxiliaire de police, 7
5. Editoriaux ASPMP 2017, 17
6. Copilite, 34
7. Journées santé mentale en prison, 43
8. Livre blanc APSEP/ASPMP, 51
9. Rapport du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux sur la Psychiatrie publique, 67
10. Journées de formation FFP, 68
11. Notes de lecture, 71
12. Offre d'emploi, 73
13. Deux rendez-vous à ne pas manquer en 2018, 74
14. Sites internet, 79
15. Pub ! 80
16. Où trouver les anciens numéros de Kamo ? 90

EDITORIAL

Michel DAVID

Récemment, lors des journées santé mentale en prison, un fidèle lecteur de Kamo, qui se reconnaîtra je l'espère ici, regrettait de ne plus recevoir de numéro.

Effectivement, souffrant d'une grave maladie dont vous trouverez la description princeps dans ce numéro, la copilite, au pronostic parfois sombre, je n'ai guère le temps de rédiger Kamo. Pourtant, les écrits qui peuvent le composer se trouvent répartis ici et là au cours de l'année, mais avec une diffusion disparate. Il suffit de les regrouper au moins une fois par an, ce qui est donc fait.

Comme en 2014, Kamo donne une place de premier plan au Genepi. Vous aurez ainsi le plaisir de lire des propos décapants et humoristiques sur la prison prononcés lors des discours d'ouverture des Journées annuelles du Genepi. L'humour est bien nécessaire, car si dans ces moments troublés l'inquiétude est légitime, l'instrumentalisation par le pouvoir politique de la psychiatrie ne l'est pas. Kamo consacre beaucoup d'articles sur ce thème avec les réactions d'associations ou de syndicats.

Toutefois, il ne faut pas désespérer de tout. Le ministère de la Santé a mis en place début 2017 deux instances : la stratégie santé des personnes sous main de justice¹ et le comité national de la psychiatrie avec un atelier « *psychiatrie en milieu pénitentiaire* ». Les professionnels de la santé qui devront faire des propositions ont la lourde charge d'être vigilants et de profiter de ces groupes de travail pour imposer une logique de soins et non exclusivement sécuritaire.

Surtout que la psychiatrie est prise entre la double contrainte d'être trop sécuritaire, avec la question de l'isolement et de la contention ou trop laxiste en refusant d'être un auxiliaire du ministère de l'Intérieur ou en demandant des levées d'hospitalisation sous contraintes, notamment SDRE, refusées pour des raisons toujours sécuritaires par certains préfets. En ce qui concerne des propositions, vous trouverez dans ce numéro deux contributions : une commune Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) / Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison (APSEP) et une autre du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux.

À moins, justement, et là le pessimisme revient, que ces groupes de travail ne soient qu'une instrumentalisation des personnels de santé, correspondant ainsi à la clinique de la copilite.

1

https://www.google.fr/search?q=comit%C3%A9+strat%C3%A9gie+sant%C3%A9+des+personnes+sous+main+de+justice&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=OyNJWp_iM9LHXrqImpgD

Genepi : Journée prison-Justice Nanterre, 9 décembre 2017

TOUT-E PRISONNIER-E EST POLITIQUE

Préambule

Comme chaque année, le Genepi m'invite à leurs journées. J'y réponds avec plaisir, considérant ce moment comme une bouffée d'air de fin d'année toujours séduit par l'enthousiasme, la pertinence et l'audace des étudiants.

En 2014, l'éditorial de Kamo a consisté à reproduire le discours brillant de Mathilde Robert, la présidente d'alors du Genepi. Pour 2017, la première rubrique de Kamo laissera la place à un tout aussi brillant propos humoristique et cynique de l'état des prisons françaises. Je remercie le Genepi de m'autoriser à le publier. Je ne doute pas que vous pourrez avoir autant de plaisir que moi à le lire. Il vous manquera néanmoins de pouvoir bénéficier de la présentation orale, remarquable qui mettait le texte en valeur. L'ovation qui l'a accueillie était hautement méritée. Bravo au collectif qui a écrit ce texte.

Je profite aussi de ce moment pour m'étonner toujours de l'accueil que réservent toujours les Genepistes à un atelier consacré à la psychiatrie. La psychiatre surprend, à moins que ce soit le traitement politique qui peut en être fait et dont certains articles de ce Kamo en feront état.

N'hésitez à participer ou à assister à ces journées annuelles dont l'intérêt intellectuel et politique est de premier plan.



Discours de la Journée Prison-Justice du Genepi (9 décembre 2017),

par les bénévoles du groupe Genepi d'Île-de-France

Madame Adeline Hazan, Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté, Messieurs Antoine Lazarus et Gabriel Mouesca, membres d'honneur du Genepi, Monsieur Antonin Bernanos... ah non pardon, il a eu un contretemps. Mesdames et Messieurs les membres du bureau national élargi, Mesdames et Messieurs les administratrices et administrateurs, chère·s génépistes, invité·e·s, intervenantes et intervenants, bienvenue et merci pour votre présence à cette journée prison-justice.

Aujourd'hui, les bénévoles d'Île-de-France souhaitent exprimer à quel point elles et ils sont heureuses et heureux. Il faut dire que les atouts des nombreuses prisons de notre belle région sont exceptionnels.

Commençons par la diversité des publics carcéraux et l'accueil exemplaire qui leur est réservé. Nos prisons sont un véritable melting pot qui rassemblent des personnes détenues étrangères, des femmes parfois enceintes, des enfants, des personnes atteintes de maladies mentales, du VIH ou encore d'un handicap.

La condition des femmes transgenres détenues à Fleury Mérogis en est un exemple éloquent. Elles ont la chance d'y être confinées non seulement dans le quartier des hommes, mais à l'isolement total, avec un accès restreint à leur traitement médical, dans le plus grand respect de leur dignité.

Une autre fierté francilienne est celle de la densité carcérale. Avec un taux de 147 %, nous optimisons l'espace et sommes performants. Tant de personnes détenues c'est autant de possibilités de rencontres et d'opportunités de se réinsérer dans une société qui nous ouvre grand les bras. En 2015, ce taux était de 139 %, nous avons donc réellement progressé : preuve que la croissance n'est pas réservée qu'à l'économie.

Par chance, le gouvernement actuel a inscrit l'état d'urgence dans le droit commun : ce sont donc d'autant plus d'incarcérations à prévoir ! D'ailleurs, il projette aussi de construire 15 000 places de prisons supplémentaires. Grâce à cette proposition ambitieuse, nous allons continuer à gagner du terrain.

La prison est un espace unique de collaboration entre les secteurs public et privé. Grâce aux fleurons de l'industrie française que sont Bouygues Construction, Engie ou Sodexo, de nouvelles prisons sortent de terre et leur gestion quotidienne est assurée sans même que l'État n'ait à intervenir ! En offrant aux personnes détenues une nourriture de qualité et des biens à un prix abordable, nos entreprises participent à maintenir une haute idée de la mission de service public.

Par ailleurs, la France carcérale est disruptive, elle innove, avec par exemple des dispositifs de médiation animale, comme à Fresnes qui accueille désormais des nids de punaises de lits, de nombreux cafards et des familles entières de rats qui tiennent compagnie aux personnes incarcérées. Elle est aussi la première prison verte de France dont les efforts doivent être soulignés avec des coupures d'eau expérimentées en juillet dernier qui ont eu un réel impact sur les économies d'énergie. La planète nous dit merci.

Notre système carcéral s'illustre aussi dans le domaine social avec son droit du travail avant-gardiste fidèle à la vision jupitérienne de notre cher leader : pas de syndicats, pas de médecine du travail, pas de revenu minimum et encore moins d'allocation chômage.

Enfin, venons-en à la France de la technologie, la France de la désormais réputée « French Tech » qui s'immisce aussi dans nos prisons avec des dispositifs de surveillance informatisés et sécurisés que le monde entier nous envie. En Île-de-France, le Centre Pénitentiaire Sud Francilien, situé à Réau et inauguré en 2011 par l'humaniste Nicolas Sarkozy est un véritable bijou de technologie. Il comprend un système de portes commandées à distance pour lutter contre la phobie sociale.

Pour toutes les raisons que j'ai citées et bien d'autres encore, nous avons de quoi être fièr·e·s et nous voulions le partager avec vous. Car nos prisons ont du talent.

Vive la détention, vive la République et vive la France !

Nous n'en avons pas fini, nous ne vous laisserons pas sur cette note cynique. Nous avons dressé le noir tableau des conditions d'incarcération en France. Gardons-le en tête, continuons à étoffer nos connaissances et à nourrir notre rage lors de nos interventions en détention, à Réau, à Poissy, à Fresnes, à Fleury, à Nanterre, à Villepinte, à Bois d'Arcy, à Melun ou à Porcheville.

Mais nos ateliers, nos échanges avec les personnes détenues nous convainquent que notre regard doit s'élever au-dessus de l'amélioration de la prison. Ce ne peut être notre seul horizon, car une prison propre, colorée et qui traite dignement les individus, enfermés et enfermeurs, reste une prison. Elle reste la solution d'un système qui préfère mettre au trou que de regarder ses torts en face.

Nous nous réjouissons avec peine de simples pansements sur les plaies béantes du système : par exemple, les unités de vie familiale, qui permettent aux proches et aux personnes détenues de se retrouver dans une sorte de petit appartement attendant à la détention, pour une durée de 6 h à 72 h. C'est sans compter les difficultés d'accès — seules 38 prisons sur les 187 établissements en sont équipées et les personnes détenues sont dans l'obligation de cantiner, donc de payer pour la nourriture de leurs proches. Même en faisant abstraction de ces barrières, notre horizon est celui de la non-incarcération où parents et enfants continuent à vivre ensemble, où l'on ne perd pas son logement, son emploi, ses dents et sa dignité.

Nous continuerons, lors de journées comme celle-ci, à penser la prison, à la remettre au centre, à la voir comme la continuité d'une justice injuste, tapant avec aise sur les plus pauvres ; comme le miroir grossissant d'une société raciste, sexiste, validiste, homophobe, transphobe et islamophobe. Nous continuerons à aller dans la rue et à interpeller les passant·e·s. Nous continuerons à aller dans les collèges et lycées afin de déconstruire dès le plus jeune âge les fantasmes carcéraux. Nous continuerons à former politiquement plusieurs centaines de bénévoles chaque année. Nous continuerons à parler, à débattre, à s'époumoner parfois. Nous continuerons toutes ces actions, minimes, mais essentielles. Nous continuerons à lutter !

Refus de la psychiatrie d'être un auxiliaire du ministère de l'Intérieur



Communiqué du 29 décembre 2017

Etre aux ordres du Ministère de l'Intérieur ne fait pas partie des vœux de la psychiatrie publique

Certaines ARS viennent de donner l'instruction aux établissements psychiatriques de faire signer sous contrôle des cadres de santé, pour une transmission aux préfetures, les notifications d'obligations de quitter le territoire pour des patients hospitalisés sous contrainte.

Cette collusion entre des agences chargées de la santé et des décisions de police intérieure est déjà regrettable, mais l'utilisation des hospitalisations en SDRE pour repérer et contrôler des personnes non désirées sur le territoire, est très inquiétante. La consigne donnée aux personnels soignants de devenir des agents administratifs pour le compte du Ministère de l'Intérieur est de plus inacceptable.

Irrémédiablement placée entre le marteau et l'enclume, la psychiatrie publique, toujours suspecte pour l'opinion de jouir d'un excès de pouvoir, doit d'un côté mettre fin aux mesures sécuritaires, et devrait de l'autre, devenir auxiliaire de la (non) politique d'immigration, en faisant fi de l'état psychique des patients dont ils ont l'obligation de s'occuper et abandonner toute référence à la déontologie médicale et à l'éthique des soins.

De telles instructions mettent fin à l'illusion que la loi de 2011 serait bien la loi sanitaire équilibrée comme l'ont vanté les réformateurs, ce que dément le maintien de l'intervention des préfets dans les décisions de sorties des patients.

L'USP et le SPH n'ont pas l'intention de collaborer à de tels mélanges des genres : il est indispensable de définir les espaces d'intervention respectifs entre Ministère de l'Intérieur et Ministère de la Santé dont relève, jusqu'à preuve du contraire, la psychiatrie française.

Puisqu'il est demandé par ailleurs à la psychiatrie de mieux se couler dans les modèles médicaux, l'USP et le SPH en appellent à la Ministre de la Santé pour faire annuler ce type de directives.

des patients hospitalisés en psychiatrie les avis d'expulsion dont ils seraient l'objet...

Le communiqué commun SPH/USP à retrouver aussi sur <https://sphweb.fr/wp-content/uploads/2017/12/Communiquecommun29decembre2017.pdf>

² Hospimedia a rendu compte de ce communiqué dans son numéro du 3 janvier 2018 sous le titre : Des EPSM sont priés de coopérer sur des cas d'hospitalisés sous contrainte en situation irrégulière

En ces temps d'insécurité, la tentation est grande d'utiliser à mauvais escient la psychiatrie. En août, l'ASPMP s'était manifestée avec un communiqué au titre choc : « *La psychiatrie n'est pas la 4^{ème} force de sécurité du pays* ».

En toute fin d'année, deux syndicats de psychiatres alertent aussi la société civile, si chère au Président de la République avec un autre titre tout aussi frappant : « **Etre aux ordres du ministère de l'Intérieur ne fait pas partie des vœux de la psychiatrie publique** ».² Sur ce dernier point, les soignants seraient chargés de signifier à



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Communiqué ASPMP

La psychiatrie n'est pas la 4^{ème} force de sécurité de la France

Mercredi 23 août 2017

Le ministre de l'Intérieur voudrait « mobiliser » les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres libéraux pour lutter contre le terrorisme sous des formes bien imprécises. Les psychiatres et tous les soignants qui exercent en milieu pénitentiaire sont rattachés à un hôpital psychiatrique et pourraient donc être concernés par cette mobilisation.

Il convient de rappeler que l'exercice hospitalier a une visée exclusivement thérapeutique et que tout soignant connaît les règles légales qui lui permettent de déroger au secret médical en cas de nécessité.

Concernant l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, la perte d'intimité inhérente au contexte carcéral conduit à un effort supplémentaire de vigilance à l'endroit du respect des principes déontologiques qui protègent la relation « médecin-malade. Toute proposition qui pourrait faire croire à un engagement des soignants exerçant en prison dans un repérage de personnes incarcérées criminologiquement dangereuses et ayant des intentions terroristes conduira à une dégradation des soins en prison et sera totalement inopérante, voire contre-productive, tout en étant contraire à la déontologie médicale.

La complexité de la question des personnes qui s'engagent dans des actions assassines demande un patient travail de fond et d'analyse où la psychiatrie ne peut prendre qu'une part modeste, et qui ne peut qu'être invalidé par des déclarations faites sans concertation avec les professionnels concernés et à l'origine de messages confus pour l'opinion publique.

On rappellera également que les personnels hospitaliers relèvent du ministère de la Santé et non du ministère de l'Intérieur et que **les soignants sont en attente du positionnement de leur ministère de tutelle.**

Compétents dans le soin, les personnels de santé n'accepteront pas d'être « mobilisés » comme s'ils pouvaient devenir, ce qui est inconcevable, après la Police, la Gendarmerie et l'Administration pénitentiaire la 4^e force de sécurité du pays.

Deux éditoriaux de l'ASPMP sur la même thématique permettent une argumentation plus détaillée qui s'est imposée après avoir entendu dans les médias des réactions d'incompréhension aux réticences des psychiatres considérés comme des mauvais citoyens. Dans tous les cas, il s'agit d'une méconnaissance de la psychiatrie. Ces deux éditoriaux étaient une occasion d'apporter éclaircissements et explications.

Août 2017

RÉACTIONS DE L'ASPMP AUX PROPOS DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR VOULANT MOBILISER LES PSYCHIATRES DANS LA LUTTE CONTRE LE TERRORISME

De la radicalisation première partie

La communauté psychiatrique a largement réagi aux propos du ministre de l'Intérieur désirant mobiliser la psychiatrie dans la lutte contre le terrorisme. L'ASPMP y a réagi par le communiqué ci-joint qui, conformément à l'exercice formel qu'implique un communiqué, reste laconique.

Or, en étant attentif aux réactions diversifiées entendues ici et là, il est évident que la connaissance de ce que fait la psychiatrie est particulièrement lacunaire pour la grande majorité des personnes. Non seulement la question du secret médical est mal comprise, mais ce que fait la psychiatrie quotidiennement est nettement méconnu. Il convenait d'y revenir dans une perspective d'information, dans un premier temps en évoquant la question du secret médical qui dépasse très nettement la simple question de LA confidentialité en médecine, mais s'inscrit de manière plus large dans un repli de l'intimité dans notre société au profit d'un exhibitionnisme indécent.

Première partie : le secret médical

« La loi a voulu garantir la sécurité des confidences faite à une personne dont l'état ou la profession, dans un **intérêt général et d'ordre public**, fait d'elle un confident nécessaire »

Cass. crim., 17 juillet 1936, 12 avril 1951, 24 janvier 1957, 7 mars 1957)

Commençons par ce qui est très souvent incompris et fait même l'objet d'une réaction courroucée face à l'incivisme supposé du psychiatre. Comment un psychiatre, par ailleurs citoyen, pourrait-il refuser de signaler une situation dangereuse, une forme de « péril imminent » ? On verra dans la deuxième partie que la question du péril imminent fait partie du quotidien du psychiatre. Nombreuses ont été les réactions des médecins indiquant que les dérogations au secret professionnel existent et permettent à un psychiatre qui a eu connaissance dans son exercice professionnel de l'intention d'un de ses patients de commettre très probablement un crime ou un attentat de le signaler. Ce n'est donc pas tant l'existence du secret professionnel qui serait un risque pour nous tous qui est un problème, c'est plutôt la connaissance ou non qu'a le

médecin d'une situation dangereuse qui représente une difficulté. J'y reviendrai après avoir fini la question du secret médical.

Ce qui est intéressant dans la question du secret médical, c'est plutôt qu'elle indique que notre société a tendance à en avoir fini avec ce principe. Vous pouvez vous référer au livre d'Anne Lécu présenté sur ce site, intitulé « Vie et mort du secret médical ». Depuis des années, les exceptions au secret médical se multiplient. Nous sommes dans un monde qui voudrait vouer un culte à la transparence qui doit être la plus complète possible comme pour les politiques par exemple. Les intimités des vies personnelles qui s'exhibent dans de nombreuses émissions de télévision n'existent plus. Pour le plus grand bien de tous, le **partage d'informations dites parfois opérationnelles**, qu'on essaie de délimiter (dans la loi) comme strictement nécessaire et après avoir recueilli l'avis autorisé des intéressés, doit s'instaurer largement et être facilité par l'outil informatique (dont on connaît la fragilité concernant la confidentialité). Mais comment définit-on ce qui est strictement nécessaire et qui le définit? Le nécessaire de l'un n'est probablement pas le nécessaire de l'autre, la loi laisse aux intéressés le soin de faire la part des choses. **Le secret partagé**, comme le partage d'informations opérationnelles, fait partie aussi de ces mots-clés dont sont très friands ceux qui pensent agir pour le bien d'autrui et qui y mettent ce qui sert plus leurs intérêts que ceux de la personne concernée qui le plus souvent perçoit mal les enjeux de ce qui se dit autour d'elle et sur elle. D'ailleurs, comme pour la restriction des libertés autour de l'état d'urgence, après tout, quand on est un honnête citoyen, on n'a rien à cacher.

Parler du secret professionnel, en lister l'histoire et les exceptions est évidemment impossible ici, bien qu'il est juste utile de rappeler que le modèle légal du secret professionnel en France s'est constitué autour de la pratique médicale avec l'ancien article 378 du Code pénal, de 1810 à 1994 (Tableau 1) pour évoluer vers une définition moins précise article 222-13 du Code pénal depuis 1994 (Tableau 2).

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois [*durée*] et d'une amende de 500 à 15 000 F [*taux résultant de la loi 85-835 du 7 août 1985*] [*infraction, sanction*]. Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.

Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1er lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession; citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine.

N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1er tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis.

Tableau 1. Le secret médical. Article 378 du Code pénal de 1810 à 1994.

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Tableau 2. Le secret professionnel. Article 226-13 du Code pénal en vigueur.

Mais pour illustrer une des modalités d'euthanasie du secret médical, je voudrais l'illustrer par une disposition peu connue, pourtant tellement porteuse de sens.

Le dossier médical de l'utilisateur ayant le statut d'archives publiques

Jusqu'en 2008, les personnes qui pouvaient avoir accès au dossier médical d'une personne décédée, détenu par un établissement de santé, public ou privé, étaient ses ayants droit pour des motifs précis si la personne ne s'y était pas opposée de son vivant. Depuis la loi n° 2008-696 du 15 juillet 2008 relative aux archives, l'accès au dossier a complètement changé. Une circulaire d'août 2009 (jointe au bas de cet article) explique le détail de la réglementation tout en essayant de corriger le tir.

En effet, le **dossier d'un patient est considéré comme étant des archives publiques communicables de plein droit à toute personne qui le souhaite vingt-cinq ans après le décès de la personne, sans qu'elle puisse s'y opposer de son vivant**. Les établissements de santé sont tenus de conserver les dossiers **vingt ans** à compter de la date du dernier séjour. Il est évidemment étonnant que n'importe qui puisse aller consulter le dossier de son voisin, d'y apprendre les pathologies somatiques dont il a pu être affecté. La situation est plus sensible dans les dossiers psychiatriques et pédopsychiatriques, car outre les données médicales relatives aux affections psychiatriques, d'importantes données biographiques très intimes concernant la personne et son entourage peuvent y être consignées.

Probablement conscients du problème, les pouvoirs publics jamais à court de contradictions conseillent aux établissements de santé « *d'organiser avec une particulière attention l'élimination des dossiers dès expiration du délai réglementaire et à être particulièrement attentifs s'agissant de dossiers ayant appartenu à des patients dont ils ont été informés du décès* ». Toutefois, l'élimination n'est pas si simple, car il faudra après s'être entouré des avis du directeur de l'établissement de santé et d'un médecin, avoir l'accord du directeur des archives départementales qui peut s'opposer à la destruction s'il considère qu'il faut conserver des dossiers pour documenter des travaux de recherche.

L'argument souvent entendu pour combattre le secret médical consistant à dire que les citoyens honnêtes n'ont rien à cacher est évidemment sans intérêt ici, puisqu'il ne s'agit pas de comportements délictueux, mais simplement de la vie intime. Outre le viol de l'intimité d'une personne ou de son entourage que cela implique, et j'espère ne pas avoir besoin de donner des exemples précis, ce type de réglementation présente au moins deux inconvénients pratiques :

- De nombreux psychiatres depuis plusieurs années ne consignent que le strict minimum dans les dossiers, se cantonnant à lister symptômes, traitements et autres mesures thérapeutiques prises et excluant toutes données biographiques qui sont pourtant de toute utilité dans la prise en charge d'un patient, amoindrissant ainsi la qualité des dossiers ;

- Les ayants droit qui font des demandes pour consulter le dossier d'un aïeul parfois des décennies après le séjour afin de mieux comprendre ce dont le grand-père souffrait, d'éclaircir des zones d'ombre et des non-dits familiaux, ne pourront plus accéder aux dossiers détruits. Accompagnant ces démarches, je les trouve très intéressantes. Elles apportent parfois un soulagement intense, balayant des non-dits plus angoissants que la réalité. Si les dossiers sont détruits, cette recherche de la mémoire et de l'histoire familiale ne sera plus possible.

À qui donc profite cette réglementation ? A-t-elle été prise sans que la question des dossiers des patients ait été envisagée ? Où relève-t-elle de l'obsession contemporaine pour le culte de la transparence et donc de son revers : une méfiance généralisée presque paranoïaque ? Quel est l'intérêt d'une consultation sans restriction ouverte à tous et d'en priver des ayants droit ? Il faut espérer ne jamais voir la communication en ligne de tous les dossiers médicaux accessible à tous, mais nous y sommes presque.

Il s'agit donc d'un aspect peu connu, qui ne semble pas avoir mobilisé les foules, les spécialistes du droit médical ou les juristes en général, mais qui à mon sens interroge le fonctionnement de notre société. Personnellement, je n'ai découvert la question que récemment en travaillant avec le département de l'information médicale de mon hôpital et cet aspect est également largement méconnu de mes confrères et de la population générale. Quand j'accompagne les familles devant consulter ces vieux dossiers et que je les informe de la possibilité de tout un chacun de venir consulter le dossier de leur parent, elles ne manquent pas d'être surprises et choquées.

En prenant un seul exemple, et en y passant un peu de temps, les préjugés inhérents à la disparition du secret médical apparaissent évidents. Il faut imaginer que bien d'autres exemples existent.

De l'ordre public au désordre public

Le risque inhérent que font concourir les criminels djihadistes peut nous conduire à d'autres risques comme abandonner nos principes démocratiques. Le secret médical d'intérêt général et d'ordre public n'aurait donc plus un intérêt général et serait une cause de **désordre public**. Comme en temps de guerre, la délation augmenterait et les médecins devraient y participer. C'est pourtant dans les temps de crise qu'il faut s'arquer bouter sur nos principes, y renoncer serait une reculade. Maintenant, il faut aborder ce que la psychiatrie peut et sait faire et ce qu'elle ne peut pas faire et ne sait pas faire.

Mais en attendant la suite, une citation célèbre : *« L'heureuse influence exercée dans ces derniers temps sur la médecine par l'étude des autres sciences, ne peut plus permettre aussi de donner aux troubles mentaux le nom général de folie, qui peut avoir une latitude indéterminée et s'étendre sur toutes les erreurs et les travers dont l'espèce humaine est susceptible, ce qui, grâce à la faiblesse de l'homme et sa dépravation, n'aurait plus de limites. Ne faudrait-il point alors comprendre dans cette division toutes les idées fausses et inexactes qu'on se forme des objets, toutes les erreurs saillantes de l'imagination et du jugement, tout ce qui irrite ou provoque des idées fantastiques ? Ce serait alors s'ériger en censeur suprême de la vie privée et publique des hommes, embrasser dans ses vues*

l'histoire, la morale, la politique et même les sciences physiques dont le domaine a été si souvent infecté par des subtilités brillantes et des rêveries. »

À suivre.



[Circulaire accès dossier patient 2108200\[...\]](#)

Document Adobe Acrobat [48.4 KB]



[Rapport UHSA Sénat 5 juillet 2017.pdf](#)

Document Adobe Acrobat [1'008.2 KB]



[lettre de mission Dr Michel DAVID.pdf](#)

Document Adobe Acrobat [112.4 KB]

Novembre 2017

De la radicalisation deuxième partie

Pour cette deuxième partie sur la radicalisation, il faut exprimer en termes simples ce que peut et ne peut pas faire la psychiatrie. Il semble que notre travail est souvent méconnu d'où l'incompréhension de l'opinion publique et des Politiques quand nous manifestons une réticence, comprise comme un désengagement citoyen dans une question qui devrait réunir et non diviser (ce que veulent les terroristes). Il convient justement de ne pas donner prise à ce désir pervers d'éclatement.

Une première étape : poser un diagnostic de maladie mentale

La psychiatrie en tant que discipline médicale a pour fonction de s'occuper des maladies, et plus spécifiquement des maladies mentales. Elle peut le faire comme n'importe quelle autre discipline médicale, c'est-à-dire sur demande du patient qui, conscient d'un problème de santé, s'adresse à un médecin. Le praticien va l'informer sur sa maladie, sur les traitements à prodiguer et recueillir *in fine* (explicitement ou implicitement) son consentement aux soins. C'est la situation heureusement la plus fréquente en psychiatrie.

Mais, comme il faut donner son consentement et que celui-ci ne peut être donné que si l'on dispose de toutes ses facultés mentales, la maladie mentale peut se caractériser par une atteinte des facultés mentales et donc une impossibilité à consentir aux soins. C'est pour cette raison, que

la psychiatrie se distingue de manière importante du reste de la médecine, et que très tôt, dès le début du XIXe siècle, ont été légalement instaurés des « soins » imposés qui ont pris des appellations différentes depuis 1838 et qui se dénomment actuellement depuis 2011, *soins sur demande d'un tiers* (SDT) avec une hospitalisation sur décision du directeur de l'hôpital après qu'un médecin ait certifié l'existence d'une maladie mentale nécessitant des soins auxquels la personne ne consent pas et *soins sur décision du représentant de l'État*, le Préfet (SDRE) toujours après avis médical. Suite à cette hospitalisation, qui représente une privation de liberté, et depuis 2011, un contrôle de cette importante contrainte est assuré par un juge de la liberté et de la détention (JLD) qui appuie sa décision sur la production de plusieurs certificats médicaux détaillés et motivés expliquant que l'hospitalisation est nécessaire, adaptée et proportionnée à l'état psychiatrique de la personne.

Les soins imposés sont donc indiqués après constat d'une maladie mentale qui peut mettre en danger la personne par elle-même (par exemple, un état dépressif avec idées suicidaires ou autrui [maladie mentale pouvant être à l'origine d'une hétéroagression]). Dans tous les cas, la maladie mentale doit être avérée et médicalement constatée et peut présenter un péril imminent pour la personne, c'est-à-dire une probabilité de danger grave et à court terme pour elle-même [un risque suicidaire notamment].

Une deuxième étape : définir les modalités de soin

Après le diagnostic viennent les soins. Comment soigne-t-on en psychiatrie ? Il en existe de nombreuses déclinaisons, mais pour rester simple, seuls deux cas de figure seront exposés.

Comme dans le reste de la médecine, avec des *médicaments*, mais, même si le patient est hospitalisé sans son consentement, il peut s'opposer aux médicaments prescrits pour différentes raisons, comme le refus d'en subir les effets indésirables [bien réels] ou parce qu'il ne se reconnaît pas malade. Et même s'il accepte un traitement, son efficacité n'est pas garantie à 100 %.

La deuxième modalité importante est *psychothérapeutique*. Il existe différents types de psychothérapies, mais elles se caractérisent toutes par le fait que le patient doit être très actif dans le soin. Alors que souvent dans le reste de la médecine, on attend que les traitements fassent effet, sauf dans les soins de rééducation qui requièrent aussi la participation active de la personne, la psychothérapie nécessite un engagement du patient.

Une question essentielle : le terrorisme est-il une maladie mentale ?

Qu'en est-il de la radicalisation islamiste avec engagement terroriste ? Est-ce une maladie mentale ? Majoritairement les psychiatres répondent par la négative. Certes, parmi les terroristes, il n'est pas exclu de repérer des personnes malades. Si le diagnostic en est posé, les soins psychiatriques pourront être mis en place selon les modalités exposées ; en l'absence de diagnostic pas de soins.

Par ailleurs, comme on l'a vu, les soins les plus fréquents se font de manière libre à la demande d'un patient. Qui est assez naïf pour croire qu'un terroriste va venir s'adresser à un psy pour lui confier ses états d'âme sur ses projets funestes ? D'où la question du signalement par les médecins et de la dérogation au secret professionnel plus théorique que pratique face à des cas de figure rarissimes.

Il reste la demande de l'entourage, notamment pour les adolescents. C'est dans cette situation que des offres de « soins » ont été proposées et peuvent être proposées, sans que pour autant il soit aisé de les mettre en œuvre. L'essentiel est de pouvoir offrir à un entourage inquiet la possibilité de déposer cette inquiétude. La suite se déclinera de manière adaptée à chaque situation sans qu'il soit possible de définir pour l'instant une procédure univoque face à la complexité. C'est pour donner des pistes d'ajustement à cette complexité que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a établi des recommandations à l'intention des médecins : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_risque_terroriste_et_secret_professionnel_du_medecin.pdf.

Pour ce qu'il en est des soins dans les prisons, le schéma est le même qu'en milieu libre, d'autant plus que les soins psychiatriques en prison ne peuvent pas être imposés. Ils doivent rester à la demande de l'intéressé, et si pourtant ils s'avèrent nécessaires, ils suivront la même procédure légale qu'en milieu ouvert et ne pourront être menés qu'en milieu hospitalier.

La psychiatrie : un rôle modeste

La place de la psychiatre ne peut donc être que très modeste dans la question de la radicalisation islamique et le terrorisme, même si le sens commun a tendance à penser qu'il faut être fou pour commettre ces actes barbares. D'où le rappel à la fin de l'éditorial du mois d'août relatif à la première partie de ce sujet de la citation de Philippe Pinel qui plus de deux cents ans après n'a pas perdu de son actualité.

Et en cas de maladie mentale avérée, où pour être à l'écoute d'un entourage inquiet, la psychiatrie et la pédopsychiatrie seront présentes, tout en respectant la légalité et les règles de bonne pratique médicale. Il faudra toutefois rester vigilants pour que les hôpitaux psychiatriques ne soient pas transformés en pseudo prisons ou en établissements de défense sociale. Les hôpitaux ne peuvent et ne doivent conserver que leur dimension sanitaire, tout en assurant leur mission de participation à la sûreté publique quand la maladie mentale grave la met en jeu.

Il est d'ailleurs intéressant, comme phénomène social, de constater d'un côté le dénigrement de la psychiatrie concernant l'autisme, pourtant toujours considéré dans les classifications scientifiques nosographiques internationales comme un trouble mental, et de l'autre côté, la sollicitation de la psychiatrie pour traiter la radicalisation islamiste qui n'est pas pour l'instant reconnue comme une maladie mentale.

Intéressant, mais pas étonnant. Il est si facile de recourir à la psychiatrie pour priver de liberté les personnes qui dérangent la société, qu'elles aient ou non un trouble mental. En 1971, lors du

congrès mondial de psychiatrie de Mexico en 1971, Henri EY, un des grands noms de la psychiatrie du XX^e siècle est à l'origine d'une motion restée célèbre :

« L'Association mondiale de psychiatrie dénonce la malfaisance des campagnes de contestations antipsychiatriques d'inspiration politico-idéologique qui font jouer à la psychiatrie un rôle qui n'est pas le sien, celui d'être un instrument de la répression sociale.

L'Association mondiale de psychiatrie, en affirmant que la psychiatrie est et ne peut être qu'une des principales branches de la médecine appliquée à la prophylaxie et au traitement des « maladies » mentales, recommande expressément à toutes les Sociétés qui la composent d'attirer l'attention de chacun de ses membres, celle de l'opinion publique et celle du Gouvernement de leur pays, sur le caractère essentiellement médical et l'usage exclusivement thérapeutique de l'action et des institutions psychiatriques.

L'Association mondiale de psychiatrie condamne toute exploitation politique qui aurait été ou pourrait être faite des concepts, méthodes et institutions propres à l'exercice de la psychiatrie qui est au service des seuls malades mentaux ».

Philippe Pinel et Henri Ey, tous les deux encore très actuels.

Les éditoriaux 2017 de l'ASPMP

www.aspmp.fr

Michel DAVID

Janvier 2017

Psychiatrie et société de surveillance et de défiance : De la loi du 5 juillet 2011, de l'isolement, de la contention et de l'autisme

Les faits

L'année 2016 aura été marquée pour la psychiatrie (usagers comme professionnels) par un regard aigu des parlementaires sur le recours à l'isolement et la contention considérée comme des pratiques de dernier recours. L'autisme a aussi attisé les débats, notamment suite à l'initiative d'un député du groupe « les républicains » de déposer une proposition de résolution^[1] sur ce sujet. Et depuis 2011, la psychiatrie a connu une grande réforme avec un contrôle d'un magistrat, le juge des libertés et de la détention, de la légalité de la mesure d'hospitalisation sous contrainte (soins sur demande d'un tiers et soins sur décision du représentant de l'État) afin de s'assurer que la privation de liberté que subit la personne hospitalisée est conforme à la loi.

Des sujets aussi spécialisés, à la fois d'une grande complexité tout en concernant de très nombreuses personnes, sont absolument hermétiques pour le grand public tout en laissant de nombreux professionnels impliqués dans une pratique quotidienne souvent dépassés par des situations ubuesques. Il est ainsi quasiment impossible pour une personne qui n'est pas directement impliquée dans les formalités à suivre dans la loi du 5 juillet de percevoir les chausse-trappes qui jalonnent la démarche qui ne devrait être que surtout thérapeutique. Il n'est donc pas question ici de lister chaque point de détail qui est une épreuve non seulement pour le soignant ou l'administratif de l'hôpital, mais aussi pour le patient qui bien souvent éprouve un malaise à en percevoir le sens, voire se trouve déstabilisée par ce qu'on lui demande. Peu importe que le droit à se soigner ou à être soigné s'en trouve remis en question, la priorité voulue par notre société est le respect d'un droit supérieur : la non-privation de liberté^[2]. La jurisprudence abondante depuis 2011 montre toute la complexité de la loi, de son interprétation possible. Si les magistrats en ont des lectures différentes, que dire des soignants, bien dépassés par tous ces débats juridiques, par les usagers et leur entourage qui se trouvent ballotés entre droit et soins. Il s'ensuit une débauche de pointillismes administratifs et juridiques qui fait perdre le sens d'un dispositif dont le but est de soigner.

Le même pointillisme se met en place avec l'isolement et la contention exigeant une traçabilité rigoureuse qui va s'ajouter à la complexité administrative de la loi du 5 juillet et ouvrir à de nouveaux litiges^[3]. L'objet du présent texte n'est pas de discuter la forme de ces dispositifs, mais d'en interroger le sens.

C'est justement de ce sens que la société met dans la psychiatrie qu'interrogeait la proposition de résolution n° 4134 du 13 octobre 2016 invitant le Gouvernement à promouvoir une prise en charge de l'autisme basée sur les recommandations de la Haute Autorité de santé. Les réactions et

les commentaires ont été nombreux suite à ce dépôt de proposition et il est aisé de se référer aux termes du débat sur internet. Il conviendra de retenir une défiance importante envers la psychiatrie, tendant à imposer aux psychiatres des modalités précises de prise en charge et de les condamner pénalement s'ils ne s'y soumettaient pas. La démarche a été critiquée comme une forme de dictature politique sur le soin, comparée au lyssenkisme de la période stalinienne.

De la surveillance et de la défiance

Le constat est largement partagé que nous sommes dans une société de surveillance assez extensive. Personne n'ignore le pistage opéré sur internet, ne serait-ce que pour des raisons commerciales, ou la traçabilité de chacun à partir de son smartphone ou ses moyens de paiement dématérialisés. Le caractère presque « sacré » (au sens du serment d'Hippocrate) a totalement disparu et sur le plan pratique les incitations ou les obligations aux échanges d'information se multiplient. La vidéosurveillance s'accroît.

Comme le disait Michel Foucault (*La société punitive, Surveiller et punir*), « *le panoptisme est une forme sociale générale qui déborde largement la prison* ». En 1973/75, le philosophe considérait que « *le discours disciplinaire va décrire, analyser, fonder la norme et la rendre prescriptible, persuasive (...), le discours qui parle du roi (...) va céder la place au discours du maître, c'est-à-dire au discours de celui qui surveille, dit la norme, fait le partage entre le normal et l'anormal, apprécie, juge, décide : discours du maître d'école, du juge, du médecin, du psychiatre (...), c'est le discours normalisant, celui des sciences humaines* » (conclusion de *La société punitive*).

Si ce discours disciplinaire et panoptique persiste, qui fixe la norme, il a quitté les sciences humaines (médecine et psychiatrie), pour rester celui du juge et du droit. Mais, outre la généalogie actuelle de ce discours normalisateur, il s'appuie sur une ambivalence (au sens clinique du terme) : pour lutter contre une forme de culpabilité, le législateur, à défaut de fixer les moyens pour appliquer les normes pointilleuses qu'il énonce, mais qui satisfont l'affichage du faire politique, se fait le défenseur de citoyens opprimés par une psychiatrie uniquement répressive. Une psychiatrie qui de toute façon, et il s'agit d'un constant constat, est responsable d'internement ou d'externement arbitraires, d'autant plus que le champ de la maladie mentale peut être considéré comme en-dehors de celui de la médecine et pourrait n'être qu'une construction des psychiatres pour justifier leur travail.

Le législateur s'engage dans une démarche « sachante » des règles professionnelles à appliquer. Dans le champ de la psychiatrie, il a décidé par exemple que les psychiatres pouvaient prescrire des antiandrogènes pour les délinquants sexuels, que la rétention de sûreté se justifiait en raison d'un trouble grave de la personnalité à l'origine d'une particulière dangerosité et d'une probabilité très élevée de récidive et maintenant, il considère que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours.

Sur la question de l'autisme, la proposition de résolution monte cette même tendance des parlementaires qui sachant le vrai invite le « *Gouvernement français à faire reconnaître sans aucune réserve et officiellement, par la Fédération française de psychiatrie, les recommandations de bonnes pratiques de l'HLAS et de l'ANESM afin qu'elle renonce officiellement au packing, à la psychanalyse et à toutes les approches maltraitantes* ». Il est d'ailleurs intéressant de constater que les trois premiers signataires de la proposition sont de formation juridique. Certes, on ne peut nier toute l'importance du droit dans un État de droit, mais jusqu'où le droit peut-il fixer les normes ? Va-t-il imposer au chirurgien la technique pour faire une greffe de rein ?

Et le paradoxe actuel consiste aussi, alors que l'on constate une certaine réserve citoyenne, et c'est un euphémisme, pour le monde politique, interrogeant sa compétence à gouverner, par ailleurs, il se livre à une débauche de règles pour masquer son impuissance, mettant éventuellement à mal de nombreux domaines de la vie sociale, comme le montre à l'excès la proposition de résolution accusant les psychiatres de maltraitance.

L'objet de ce présent éditorial n'est pas de discuter précisément de la loi du 5 juillet, de l'isolement ou de la contention, ou de l'autisme, mais d'interroger ce fonctionnement de nos institutions qui légifèrent ou créent des réglementations parfois par obligation, et dans ce cas trop rapidement, comme ce fut le cas pour la loi du 5 juillet 2011, ou sur pression de lobbies, comme pour l'isolement et la contention non prévus dans le projet de loi déposé par l'exécutif.

Les propos de la ministre de la Santé, interrogée s'il fallait opter pour décision ou prescription d'une mesure d'isolement ou de contention, sont illustratifs de ces modes de « décision » :

« **Mme Marisol Touraine**, *ministre*. Il s'agit d'une question sémantique que, pour être honnête, je ne me sens pas à même de trancher, monsieur le député ! Vous proposez de remplacer le mot « décision » par le mot « prescription ». Il est vrai que le premier figure dans la littérature internationale, alors qu'en France on utilise plutôt le mot de « prescription ». Cependant la référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé n'est pas de niveau législatif. Faut-il que, dans le cadre de l'examen de ce projet de loi, nous tranchions une question qui relève en réalité d'une décision de la Haute Autorité de santé et des pratiques médicales ? Je n'en suis pas certaine. Je vous demanderai par conséquent de retirer votre amendement ; à défaut, je m'en remettrai à l'avis de la commission. Il me semble en effet difficile d'avoir une opinion tranchée sur la question en termes politiques »

Ce qu'il aurait fallu en termes politiques durant ce quinquennat, c'était de suivre une proposition du candidat F. Hollande, c'est-à-dire proposer une loi spécifique à la psychiatrie, après une minutieuse préparation et un débat approfondi. Il est d'ailleurs dommage que la longue et précise mission du député Denys Robiliard consacrée à la psychiatrie n'ait accouché que des articles 69 et 72 dans la loi de modernisation de notre système de santé. Et pourquoi une loi spécifique ? Est-ce par narcissisme psychiatrique ? Une anecdote : c'était en 2013, il me semble. J'étais invité, pour l'ASPMP, au ministère avec d'autres représentants des syndicats et associations professionnelles, pour répondre justement à cette question : loi spécifique ou non. Mes collègues s'expriment, mais en omettant un argument qui me semblait essentiel et déterminant : il faut une loi spécifique, car la psychiatrie est l'occasion d'une privation de liberté, tout en précisant que les psychiatres proposent une hospitalisation sous contrainte et que le directeur (SDT) ou le préfet décide (SDRE) l'hospitalisation, puis démarche inverse pour mettre fin à l'hospitalisation. La conseillère qui nous recevait me regarde d'un air étrange et manifestement ne me semble pas percevoir l'importance de la situation, pourtant la loi du 5 juillet était passée par là.

Il faut donc un débat approfondi sur la psychiatrie avec le souci d'articuler au mieux les droits des usagers et notamment le respect de la liberté individuelle et à la dignité et le droit à se soigner en bénéficiant des soins les plus adaptés, nécessaires et proportionnés et répondant autant que possible à la règle hippocratique : d'abord, ne pas nuire.

[1] Les provisions de résolution ont été introduites par la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008. Ainsi l'article 34-1 de la Constitution prévoit que « Les assemblées peuvent voter des résolutions dans les conditions fixées par la loi organique ». Elles consistent en un outil à la

disposition de parlementaires pour inciter l'exécutif à prendre des décisions sur le sujet traité dans la résolution.

[2] En application de l'article 66 de la Constitution : « nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ».

[3] Un premier jugement sur ce sujet a été rendu par la Cour d'Appel de Versailles le 24 octobre 2016 R.G. n° 16/07393.

Février 2017

Lettre à madame la Ministre de la Santé relative aux UHSA

26/02/2017

Objet : Evaluation première tranche UHSA/Mise en route travaux deuxième tranche

Madame la Ministre,

La première tranche du programme UHSA est en train d'être finalisée avec l'ouverture de l'UHSA de Marseille prévue pour le mois de septembre 2017. Lors des journées des UHSA de Toulouse en décembre 2015, les représentants de la DGOS et de la DAP avaient annoncé une évaluation du fonctionnement des UHSA au cours de l'année 2016. Évaluation à laquelle les professionnels de terrain que nous sommes devaient être associés et que l'ASPMP a demandé à plusieurs reprises. Cette évaluation devait permettre d'apporter des éléments éclairants pour préparer la mise en œuvre de la deuxième tranche

L'ASPMP n'a pas à ce jour été sollicitée pour des réunions de travail sur ce sujet. À quelle date les travaux de cette deuxième tranche doivent-ils débiter ? Sous quelle forme l'ASPMP sera-t-elle associée à ce travail ? En effet un travail de coordination nationale des UHSA a vu le jour en 2016 permettant le recueil d'informations sur les points forts et les points à améliorer dans le fonctionnement de ces structures. Il serait extrêmement dommageable que les professionnels de terrain ne soient pas associés dès le début des travaux

En restant disponible pour une rencontre, nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, nos très respectueuses salutations.

Avril 2017



Réduction des risques en prison : où sont les seringues ?

Le 27 mars 2017

Nous, associations d'usagers, de réduction des risques, de professionnels de l'addictologie et de la santé en milieu pénitentiaire, déplorons l'inertie des Pouvoirs publics pour appliquer une politique de prévention des risques en prison. Un dossier vieux de nombreuses années, que nous avons eu l'espoir de voir aboutir suite à l'adoption de la Loi de Modernisation du Système de Santé. Mais aujourd'hui les arbitrages du ministère de la justice et du premier ministre n'en tiennent pas compte.

Sommes-nous naïfs. Une fois de plus, la direction de l'administration pénitentiaire, bien soutenue par son ministère de tutelle, a accompli son récurrent ouvrage : saboter le processus aboutissant à la mise en place de programmes de seringues en prison. Les arbitrages réduisent le travail interministériel et les nombreuses années de concertation basées sur les études scientifiques, à une seule logique sécuritaire.

Et pourtant, personne n'ose même plus affirmer qu'il n'y a pas de drogues en prison. **Il faut le rappeler des usagers de drogues sont en prison et n'ont pas accès à la totalité des dispositifs de prévention du VIH et des hépatites et de soins disponibles en milieu ouvert.** L'entrée en prison de l'injecteur de drogues ou le miracle du sevrage instantané...

Dans la réalité, que se passe-t-il ? Les personnes se procurent une seringue (et/ou une aiguille) par différents circuits, sinon un stylo sera détourné de son usage pour servir de corps et une aiguille y sera « adaptée ». Les personnes ne souhaitant pas être identifiées comme des usagers de drogues, les points d'injection ne doivent pas être visibles, ils sont donc cachés. Cela entraîne des injections avec des risques élevés car elles sont réalisées en dessous de la ceinture (jambe, pied, artère fémorale...). Les dommages sont terribles et l'administration pénitentiaire ferme les yeux.

Elle ne veut pas voir de seringues dans ses murs. Pourtant, **l'évaluation de TOUS les programmes d'échanges de seringues en prison** au niveau européen montre non seulement

une absence d'incidents mais également une amélioration de la situation sanitaire des détenus injecteurs. Si la D.A.P en venait à tolérer des seringues, celles-ci seraient confinées dans les Unités sanitaires. Comme si chaque prison allait ouvrir une salle de consommation à moindre risque. Cela en serait risible si nous n'avions pas perdu notre humour depuis longtemps.

Malgré tous les principes d'équivalence de soins inscrits dans de nos nombreux textes nationaux et internationaux, la cohérence des politiques de réduction des risques et de drogues s'arrêtera aux portes de la prison, avec tous les risques pour les populations concernées.

Le dernier décret de la Loi de Modernisation du système de Santé ne verra jamais le jour et nous sommes en colère. Les politiques de santé publique sont décidées par l'administration pénitentiaire et non par le ministère de la Santé

Pour autant, nous ne baissons pas les bras et nos organisations demandent :

- L'application des conclusions du groupe de travail lancé conjointement fin 2012 par la ministre de la Santé et de la Justice sur la RDR en milieu pénitentiaire
- L'application de la Loi de Modernisation de son Système de Santé et de son article...
- La mise en place d'un programme d'échanges de seringues en prison dans une optique de santé publique

Car la réduction des risques en prison est possible. Les expériences internationales le prouvent et comme en ce qui concerne les salles de consommation, la France cessera un jour d'être la vieille tante réactionnaire de la politique des drogues.

Contacts presse :

AIDES – Christian ANDREO – 06 88 24 61 35

APSEP - Damien MAUILLON : 06 14 64 71 25

ASPMP – Michel DAVID - michel.david.aspmp@gmail.com

ASUD et CHV – Fabrice OLIVET – 06 04 51 33 82

Fédération Addiction – Nathalie LATOUR – 06 12 21 07 25

OIP - François BES - 06 64 94 47 05

Sidaction : Marine CHARLIER - 01 53 26 45 36

SOS Hépatites - Helene DELAQUAIZE - 06 19 57 44 11

TRT5 - Caroline GASIGLIA, - 06.20.78.64.48

NB : Les français favorables ? → Sondage AIDES/CSA/Libération 2012 : Les français majoritairement favorables à l'échange de seringues en prison (66%, soit les 2/3)

Mai 2017

Installation du comité de suivi de la stratégie nationale "santé des personnes sous main de justice"

Courant 2016, l'ASPMP était informée que la ministre de la Santé envisageait une « feuille de route » pour les soins en milieu pénitentiaire et qui pouvait être annoncée courant dernier trimestre 2016. Il n'en fut rien.

Ce ne sera que dans les derniers jours du quinquennat que l'intention prit forme avec l'installation d'un **comité de suivi de la stratégie nationale « santé des personnes placées sous main de justice »** présidé par le directeur de la DGS.

L'ASPMP, comme nos collègues somaticiens de l'APSEP, y était conviée en étant représentée par son président ou le représentant du président. La Fédération Française de Psychiatrie (FFP) était aussi conviée. Étant élu récemment président de la FFP pour la période 2019-2020, j'ai demandé à Marc FEDELE, vice-président de l'ASPMP de représenter notre association tandis que je représentais la FFP.

Les UHSA avaient également un représentant, en tant que personnalité qualifiée. Anne-Hélène Moncany, également membre du conseil d'administration de l'ASPMP, est cette personnalité qualifiée.

Nous avons donc assisté tous les trois à l'installation de ce comité dont les suites doivent consister en des groupes de travail dont vous trouverez la déclinaison dans le document exposant la stratégie nationale relative à la santé des personnes placées sous main de justice (rubrique Documentation). Je joins mes commentaires sur ce document pour la FFP (rubrique Contributions ASPMP).

Parmi les actualités qui nous concernent, peut-être êtes-vous informés d'un autre groupe de travail mis en place également en cette fin de quinquennat : le **comité de pilotage de la psychiatrie**, animé par le Dr Yvan Halimi et la directrice de la DGOS dont les travaux doivent se dérouler sur trois ans. J'y assiste en tant que personnalité qualifiée pour l'ASPMP. Je devrais y assurer les fonctions de référent-rapporteur dans le groupe de travail spécifique relatif à la psychiatrie en milieu pénitentiaire quand il sera lancé (pas de date prévue pour l'instant).

Comme vous pouvez le constater, vos représentants ont du travail en perspective, bien qu'il faille toutefois s'assurer de la pérennité de ces groupes de travail avec le nouveau quinquennat. Évidemment, nous ne manquerons pas de vous informer des suites significatives de ces travaux, d'autant plus qu'il nous convient d'être vigilant, car le contexte de notre exercice professionnel est toujours plus complexe et vos questions sur GENESIS qui arrivent au bureau en sont un exemple criant. En outre, nous aurons certainement besoin de vous solliciter pour avoir votre avis sur les questions qui nous seront soumises.

Juin 2017

Les conditions d'hospitalisation des personnes détenues dans les hôpitaux psychiatriques

Depuis quelques temps, la question de l'isolement et de la contention en psychiatrie est largement débattue.

L'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article L.3222-5-1 du code de la santé publique), les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé de février 2017 puis l'instruction du 29 mars 2017 du ministère de la santé en font état.

Par ailleurs, il est constaté de longue date que l'hospitalisation des personnes détenues dans les hôpitaux psychiatriques, sous le régime légal du soin psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat (ex hospitalisation d'office) en application de l'article D 398 du code de procédure pénale, en l'absence de place dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), se déroule dans de mauvaises conditions avec le plus souvent un isolement continu, parfois de la contention, pour des raisons majoritairement sécuritaires et non cliniques.

Si les pouvoirs publics mettent la pression sur les équipes soignantes et administratives des hôpitaux psychiatriques pour réduire l'isolement et la contention, ils se sont mis aussi la pression sur eux-mêmes. En effet, les pouvoirs publics n'ont jamais aidé les hôpitaux pour éviter la pression sécuritaire qui était mise sur eux afin d'éviter les évasions, d'où l'excès des pratiques d'isolement.

L'instruction citée rappelle que "*lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en UHSA, le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale*". Et le ministère de la santé s'engage en précisant : "*Les modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de travaux ministériels des ministères de la santé, de la justice et de l'intérieur*".

Le présent courrier à madame la ministre de la santé exprime l'attente des professionnels sur le résultat des travaux interministériels en espérant que leurs conclusions ne se fassent pas trop attendre...



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Docteur Michel DAVID
Psychiatre des Hôpitaux
Praticien hospitalier
Président de l'APSMP
michel.david.asmp@gmail.com

www.asmp.fr

Madame la Ministre des Solidarités et de la
Santé

Madame Agnès BUZYN
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Le 19/06/2017

Objet : Instruction 29/03/2017 relative à la réduction des pratiques d'isolement et de contention

Copie : Ministre de la Justice

Ministre de l'Intérieur

Madame la Ministre,

Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire ont apprécié que soient évoquées dans l'instruction ci-dessus référencée les pratiques relatives à l'isolement et la contention concernant les personnes détenues que ce soit en UMD, en UHSA et dans les établissements de santé autorisés pour recevoir des soins sous contrainte.

L'attente est forte quant aux résultats des travaux interministériels des ministères de la santé, de la justice et de l'intérieur annoncés dans l'instruction, en espérant fortement que l'aboutissement de ces travaux s'inscrive dans les réalités quotidiennes le plus rapidement possible.

Il conviendra ainsi de s'intéresser, non seulement aux conditions d'hospitalisation qui permettront de réduire les pratiques d'isolement et de contention dans les établissements de santé pour les personnes détenues et de procurer des soins de qualité, mais aussi à la contention non médicalement nécessaire, adaptée ou proportionnée appliquée au cours des transports.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, mes très respectueuses salutations.

Docteur Michel David
Président de l'APSMP

Juillet 2017

Analyse du rapport d'information du Sénat sur les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

La commission des affaires sociales du Sénat a confié aux sénatrices Laurence Cohen, Colette Giudicelli et Brigitte Micouleau une mission d'information sur les unités hospitalières spécialement aménagées. Leur rapport d'information, intitulé « UHSA : construire pour soigner »^[1] a été déposé le 5 juillet 2017.

Pour leur mission, les sénatrices ont visité trois UHSA, parmi les neuf UHSA de la première tranche, à Lyon, Villejuif et Toulouse et ont auditionné à la DGOS Samuel Pratmarty et Chantal Vuldy, Adeline Hazan pour le CGLPL et Catherine Paulet présentée comme chef de service du SMPR des Baumettes, mais aussi présidente d'honneur de l'ASPMP.

A noter que les sénatrices signalent que toutes les UHSA de la première tranche sont ouvertes et notamment la dernière, celle de Marseille, alors qu'à ce jour, au début d'août 2017, l'UHSA de Marseille n'est toujours pas ouverte. Les huit UHSA en fonctionnement sont les suivantes :

- IdF : CH Paul Guiraud (Villejuif)
- Auvergne - Rhône-Alpes : CH le Vinatier (Bron)
- Hauts-de-France : CH Seclin
- Centre-Val de Loire : CH Georges Daumezon (Orléans-Fleury les Aubray)
- Grand Est : Centre psycho-thérapeutique de Nancy-Laxou
- Occitanie : CH Gérard Marchant (Toulouse)
- Nouvelle Aquitaine : CHS Cadillac
- Bretagne : CH Guillaume Régnier (Rennes)

La deuxième tranche comporterait 300 places supplémentaires dont trois UHSA en Outre-mer. Le positionnement exact des UHSA reste toujours imprécis. Leur localisation en Outre-mer est importante, afin de faire en sorte que les populations ultra-marines n'aient pas à faire des déplacements en métropole, posant la question de l'éloignement familial et de la complexité des transports longs en cas de crise. D'ailleurs si trois UHSA sont prévues en Outre-mer, un département en sera dépourvu (Réunion, Guyane, Martinique, Guadeloupe) et les transports devront se faire sur un autre département.

Ce rapport n'émet en fait que cinq propositions :

1. Favoriser les échanges et l'élaboration de bonnes pratiques entre les équipes soignantes des unités hospitalières spécialement aménagées ;
2. Mettre les moyens en personnel et en transports de l'administration pénitentiaire en adéquation avec les besoins des unités ;
3. Renforcer la formation et l'information des magistrats sur le rôle et le fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
4. Lancer la deuxième phase du programme de construction des UHSA prévu lors de leur création en 2002 ;

5. Renforcer la possibilité de recours aux aménagements de peine pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux dans le cadre d'une obligation de soins.

Ces propositions ne reflètent pas les réserves que l'on peut percevoir dans la présentation du rapport ou dans les échanges avec leurs collègues dans la présentation de leur travail. En effet, même si les sénatrices recommandent de lancer la deuxième phase de construction des UHSA, elles insistent sur le fait que « le développement des UHSA ne présente cependant d'intérêt sanitaire que si leurs missions sont claires et le demeurent. Tout problème social et à l'intérieur du monde pénitentiaire, tout problème disciplinaire n'appelle pas une réponse psychiatrique. Les UHSA n'ont pas vocation à prendre en charge les personnes jugées dangereuses ou dont le comportement perturbe le fonctionnement des établissements carcéraux [...] Ce dispositif récent que sont les UHSA est important et intéressant à condition de l'utiliser pour les fins qui sont les siennes : offrir une prise en charge hospitalière à temps complet pour les troubles mentaux des personnes détenues pour la durée qui est nécessaire à l'amélioration de leur état » (p.8). Ce passage assez long de la courte introduction est lourd de sens sur le questionnement constant que notre société doit poursuivre sur les relations entre maladie mentale, délinquance et les réponses à y apporter.

Les débats entre élus sont d'ailleurs significatifs, car la problématique de la radicalisation ne manque pas d'apparaître : les UHSA doivent-elles être une réponse à cette question ? Les sénatrices se positionnent clairement, et c'est heureux, en opposition à ces tentatives. Le lien entre UHSA et radicalisation n'est pas que dans la tête des parlementaires. Ainsi, un article récent de Libération sur le secret médical et le terrorisme utilise comme illustration la photo de l'UHSA de Lyon, soit une manière de délivrer des messages à peine sub-liminaux pour psychiatiser la radicalisation religieuse (http://www.liberation.fr/france/2017/07/31/face-au-terrorisme-la-question-du-secret-medical-taraude-les-medecins_1586916). L'ASPMP dénoncera toujours le dévoilement des outils de soin dont le recours doit reposer uniquement sur une indication strictement médicale. L'ASPMP avait d'ailleurs été sollicitée lors d'une de ses journées annuelles, en bénéficiant de subventions, pour participer à des programmes de "déradicalisation". Insensible à l'appât du gain, l'ASPMP avait rejeté ces propositions. Sur ce thème, le récent rapport d'information du Sénat sur le désendoctrinement, le désembrigadement et la réinsertion des djihadistes en France et en Europe dénonce le business de la radicalisation, dans lequel l'exigence éthique de l'ASPMP a refusé de s'engouffrer (<http://www.senat.fr/rap/r16-633/r16-633.html>).

On ressent aussi une certaine perplexité des sénatrices sur la lourdeur de pathologies rencontrées par certains patients (détenus), allant même jusqu'à se demander comment des patients lourdement sédatisés pourront revenir en détention ordinaire.

Bien que le premier chapitre s'intitule « La place des UHSA dans le système de soins », la référence aux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire est absente (une référence est uniquement faite par une autre sénatrice au cours des débats), confirmant ainsi l'abandon de la notion de continuité des soins au sein d'une organisation cohérente et pouvant aussi s'articuler avec le secteur de psychiatrie générale, seule solution pour s'approcher au mieux de la 5e recommandation : renforcer les aménagements de peine et éviter que les UHSA ne deviennent une filière de soin au risque potentiel de devenir ségrégative si les soignants en venaient à relâcher leur vigilance et leur devoir d'alerte.

Si ce bref rapport préconise le lancement de la deuxième tranche, tout en rappelant que les UHSA sont extrêmement coûteuses, il doit être reçu comme un élément de l'évaluation des UHSA que l'ASPMP demande depuis longtemps. Évaluation très large qui ne doit pas se contenter d'une évaluation économique, mais qui devra s'efforcer de replacer les UHSA dans la

question générale de la relation maladie mentale/délinquance/accessibilité à la sanction pénale (et à quel type de sanction pénale) et des articulations « dedans/dehors ». Ce dernier point représente de nombreux enjeux. Les sénatrices rappellent bien que les UHSA sont nées du refus ou des difficultés des équipes des hôpitaux psychiatriques d'accueillir des personnes détenues par crainte de leur dangerosité supposée ou fantasmée ou des risques d'évasion.

L'ASPMP a d'ailleurs écrit récemment à la ministre de la Santé afin de lui exprimer les attentes des professionnels quant aux mesures envisagées dans l'instruction du 29 mars 2017 relative à la réduction des pratiques d'isolement et de contention et qui a fait l'objet de l'éditorial du mois de juin (à retrouver dans la rubrique archives éditoriaux).

Associé à cet éditorial, vous trouverez la réponse de Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins à la question adressée par l'ASPMP à la ministre de la Santé sur l'évaluation des UHSA et qui est aussi au programme du Comité de pilotage de la psychiatrie dont je suis le coréférent rapporteur avec le professeur Pierre Thomas de Lille pour la thématique "Psychiatrie en milieu pénitentiaire" (cf. lettre de mission ci-dessous).

[1] <http://www.senat.fr/rap/r16-612/r16-612.html> et ci-dessous.



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau R4
Affaire suivie par : Grégoire Mathieu
Tél. 01 40 56 80 73
gregoire.mathieu@santa.gouv.fr

Paris, le 22 JUIN 2017

La directrice générale de
l'offre de soins

à

Monsieur Michel DAVID
Président de l'ASPMP
Fondation Bon Sauveur de la
Manche
Route de Saint-Sauveur
50360 Picauville

Objet : Votre courrier du 26 Février 2017 concernant l'évaluation de la première tranche d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

Vous avez fait part à la ministre chargée de la santé de votre souhait que l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) soit associée aux travaux concernant l'évaluation de la première tranche des UHSA et l'élaboration d'une seconde tranche.

La première tranche d'UHSA sera achevée en septembre 2017, avec l'ouverture de l'unité de Marseille, portant ainsi le nombre de places disponibles à 440 pour cette première tranche, comme le prévoyait la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

Comme vous le soulignez dans votre courrier, les représentants de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) avaient annoncé une évaluation conjointe du dispositif préalablement au déploiement d'une seconde tranche. Cette évaluation, qui n'a pas démarré à ce jour, devra nécessairement impliquer les organisations représentatives des professionnels.

En conséquence, je prends bonne note du travail de coordination nationale des UHSA mis en place au sein de l'ASPMP. Mes services ne manqueront pas de vous solliciter dès le début des travaux de l'évaluation nationale.

La Directrice Générale de l'Offre de Soins


Odile COURREGES

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
<http://www.social-sante.gouv.fr/>

Octobre 2017

De l'Audition publique relative aux auteurs de violence sexuelle prévue à Paris en le 14 et le 15 juin

2018

Michel DAVID

Une audition publique intitulée « *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge* » (https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/88/95/88951823-d6c0-4344-b319-c4d0b9b0d42e/pre-programme.pdf) doit se tenir le 14 et le 15 juin 2018 à Paris dix-sept ans après la conférence de consensus sur le même thème^[1] et vingt ans après la loi Guigou qui a créé le suivi socio-judiciaire (SSJ) et l'injonction de soin^[2].

Quels changements depuis cette date ou plutôt que s'est-il passé ?

Sur le **plan clinique**, pas grand-chose. A-t-on précisé la variabilité des expressions cliniques présentées par les AVS ? Si l'on suivait le mauvais exemple de l'expression malencontreuse fantomatique utilisée pour les personnes souffrant d'autisme — les troubles du spectre autistique — on aurait pu voir apparaître les troubles du spectre des auteurs de violences sexuelles (TSAVS). On y a échappé. D'autant plus que si quelques rares spécialistes de la question avaient quelque chose à en dire, il est très probable que la très grande majorité des psychiatres et des psychologues n'a pas cherché à mieux connaître ce sujet.

Sur le **plan organisationnel**, guère plus d'avancées. Vingt ans depuis la création de la loi, c'est-à-dire à peu près au moment du lancement des premières certifications des hôpitaux et des beaux discours sur la Qualité, je n'ai pas constaté malgré tous ces efforts une amélioration de la psychiatrie sur les plans cliniques et thérapeutiques, mais plutôt une désorganisation institutionnelle. La loi HPST a enterré la philosophie du secteur, glorifié les pôles et la LMSS a confirmé cette évolution en l'aggravant (GHT et pas de GHT psychiatrique). Et plus encore, en adoptant l'article 72 sur l'isolement et la contention, la psychiatrie est pointée du doigt en ayant des pratiques archaïques, proches de la maltraitance au mieux, de la torture au pire. On imagine aisément que si la psychiatrie générale s'est autant dégradée depuis 20 ans, il est illusoire de croire que la prise en charge spécifique des auteurs de violence sexuelle ait pu connaître de substantielles améliorations, même si ici et là quelques rares équipes ont pu s'y intéresser.

Sur le plan **institutionnel**, on notera l'intéressant rapport sur « *l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins* » de février 2011 réalisé par l'IGAS et l'IGSJ qui énonce 61 recommandations très pertinentes, dont par exemple la recommandation n° 56 : « *Développer des recherches pour permettre de mieux discriminer parmi les auteurs de violence sexuelle ceux pour qui une prise en charge psychiatrique ou psychologique est indiquée* ». Les Pouvoirs publics se sont-ils efforcés d'instaurer un suivi de chacune de ces recommandations ? Les recommandations de l'Audition publique connaîtront-elles le même sort que celle de ce rapport complet ? On s'interroge parfois (interrogation faussement naïve) sur la discordance qui existe entre les grandes déclarations politiques, volontaristes pour lutter contre ces phénomènes et les actions réellement mises en place.

Où cela cloche-t-il ?

L'expertise est-elle de qualité sur ce sujet ? Comment les experts répondent-ils à la question souvent posée dans l'expertise pré-sententielle : « Existe-t-il une opportunité à une injonction de soin ? » L'audition publique permettra-t-elle de faire une évaluation des typologies des réponses des experts à cette question, tout en faisant le point sur les éventuelles publications sur ce sujet précis ? Le corps des experts, et les psychiatres non experts, mais s'intéressant à la question, sait à quel point l'expertise psychiatre est mal en point en France pour de nombreuses raisons (démographiques, insécurité juridique, statutaire, etc.), sans perspective de changement positif à court ou moyen terme.

Les **médecins coordonnateurs** sont aussi mal logés. Peu nombreux. Il semblerait que les premiers inscrits commencent à partir (retraite), surtout si leur statut est incertain^[3] et sans connaissance fine de leurs pratiques respectives qui vont de la pseudo expertise à celle de thérapeute en passant parfois par celle d'un réel coordonnateur des soins. Même remarque que pour les experts : l'audition publique fera-t-elle un bilan des pratiques des médecins coordonnateurs : choix des thérapeutes, relations avec eux, relations avec les JAP et les SPIP, style des rapports annuels, signalement au JAP d'une absence d'indication d'une poursuite des soins et combien de relèvements ont été demandés par les JAP et parmi eux, combien n'ont pas pu se faire par opposition du Parquet, etc.

Feu la **psychiatrie de secteur**, peu avant de rendre l'âme, ne s'est guère emparée du sujet, d'autant plus que parfois par manque de médecins coordonnateurs, les juridictions se replient sur une **obligation de soin** à défaut de pouvoir rendre opérante une injonction de soin. Mais la réponse psychiatrique à ces demandeurs réticents n'est pas des plus enthousiastes. L'audition publique pourrait-elle faire des suggestions pour améliorer ces situations qui peuvent par ailleurs être abordées par le Comité de pilotage de la psychiatrie et le Comité de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice. On voit ici qu'il y a un problème de « coordination » dont le mot est bien venu pour étudier ces questions.

J'en viens pour terminer à la **psychiatrie en milieu pénitentiaire**. Si des équipes ont pu s'emparer de la question, la majorité, ou plutôt la grande majorité des soignants est lassée de voir à longueur de consultation des personnes condamnées demander des consultations uniquement pour avoir une attestation de (pseudo) soins pour obtenir leur RPS (remises de peine supplémentaires) et qui est une déclinaison pénitentiaire de la lutte contre les risques psychosociaux (RPS). La conférence de consensus sur la prise en charge de la psychopathie avait en son temps proposé une déconnexion entre la prise en charge psychiatrique et les remises de peine, mais en vain^[4] (ce qui pose la question de l'utilité des conférences de consensus ou des auditions publiques). Il faudrait absolument supprimer l'octroi des RPS à un suivi en milieu pénitentiaire, d'autant plus que cette obligation s'impose aussi à la personne condamnée pour laquelle l'injonction de soin est encourue (uniquement du fait de l'infraction), sans qu'elle ait été prononcée au moment du jugement, et sans qu'une expertise en ait proposé l'indication, détournant ainsi le sens de la loi qui devait faire reposer l'indication sur un constat clinique médical et non uniquement sur la nature de l'infraction.

Il conviendra aussi d'évaluer les organisations soignantes psychiatriques en prison pour les soins aux AVS à la suite des plans de prévention de la récidive de la fin des années 2000.

Du travail donc pour cette audition publique dont il faut espérer qu'elle ne se contentera pas de faire des préconisations politiquement correctes, satisfaisant l'obsession sécuritaire de la population et des gouvernants, tout en faisant des recommandations inapplicables, mais qui donnent bonne conscience et qu'elle s'appuiera surtout sur des travaux universitaires sérieux comme le travail de recherche de Virginie Gautron^[5] et non sur les lubies et les impulsions démagogiques de certains personnages politiques.

[1] Fédération Française de Psychiatrie. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Conférence de consensus. 22 et 23 novembre 2001. John Libbey Eurotext.

[2] 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.

[3] Comme il en a été ainsi pour Moi, démissionnaire fin 2015, suite à un désaccord juridique avec l'ARS.

[4] « Elle (la Commission d'audition) se montre en revanche réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison ». Prise en charge de la psychopathie 15 et 16 décembre 2005. Paris (ministère de la Santé et des Solidarités). Recommandations de la commission d'audition. Mai 2006.

[5] (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin (non publié. A paraître).

Renseignements sur l'audition publique sur le site <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

14-15 juin 2018, Paris **AUDITION PUBLIQUE**

AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

Prévention, évaluation, prise en charge

PROGRAMME



11P



Cette audition publique est conduite par la Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS) avec le soutien du Ministère des Solidarités et de la Santé selon la méthodologie HAS (Haute Autorité de la Santé)

La copilite : une nouvelle pathologie contemporaine

Description princeps (29/10/2017)

Michel DAVID

Préambule

La fin du XXème siècle et le début du XXIème a vu naître des moyens de communication, d'échanges, de partages de l'information caractérisés par une grande rapidité et un élargissement sans limites de leurs espaces de diffusion. Ces évolutions ne sont pas sans conséquences sur nos méthodes de travail et nos fonctionnements psychologiques.

La copilite apparaît suite à ces transformations sociales et sa découverte relève de la **sérendipité** [1]. Le « hasard » a fait que par auto observation, j'ai pu constater les signes de la maladie, puis les relier aux symptômes présentés par d'autres copileurs, terme qui sera utilisé pour ceux qui composent les comités de pilotages, les copils et qui risquent d'être affectés par la copilite.

La copilite est une maladie qui connaît depuis plusieurs années une augmentation inquiétante. Il s'agit de la transformation d'une pathologie déjà ancienne : la réunionnrite.

La prévalence n'en est pas connue, ce qui s'explique aisément par l'augmentation probablement exponentielle constatée ces dernières années et qui ne permet pas d'en estimer de manière fiable la prévalence.

La copilite est une maladie et non un syndrome, car elle réunit tous les critères de la maladie :

- Étiologie connue ;
- Tableau clinique principal avec ses formes cliniques qui peuvent se manifester aussi bien sous une forme aigüe que chronique ;
- Possibilité de poser un pronostic ;
- Traitement, même s'il peut être à long terme et difficile à mener.

1. Définition

La copilite est une affection touchant les personnes, les copileurs, qui composent les comités de pilotage, dénommés familièrement pour leurs intimes « copils ». Le copil à la charge d'étudier une situation, de proposer des actions et parfois d'en suivre les effets. Sous sa forme aigüe, il peut ne durer que quelques semaines, mais sous la forme chronique, la copilite peut durer des mois, voire des années. La copilite se constate dans tous les milieux professionnels qui mettent en place des copils. Les administrations et les services publics sont particulièrement concernés. La copilite se constate aussi chez les participants à d'autres types de groupes de travail qui peuvent être en amont ou en aval des copils, comme les Comex (commission exécutive), d'innombrables autres instances et les groupes de travail directement supervisés par les copils, avec parfois des copileurs

qui peuvent aussi se retrouver dans ces autres instances, d'où un facteur aggravant de la pathologie.

2. Tableau clinique principal

La copilite est donc la résultante des copils qui sont déclenchés suite au désarroi ressenti par un ou plusieurs responsables devant un sujet à traiter et qui ne savent pas comment l'aborder seuls, ayant conscience qu'il y a peu de chances de trouver une solution et qu'il vaut mieux associer d'autres personnes à l'échec annoncé.

Le ou les pilotes du copil vont « cogiter » intensément pour fixer la composition du groupe. Notamment, il s'agira d'associer des personnes qui pourraient être hostiles au projet, mais qui vont devenir liées aux décisions, même si elles ont manifesté leur opposition au cours des travaux, suivant en cela un principe redoutable : « **Qui accepte de participer au copil consent à ses décisions finales** ». Même si elles se sont opposées aux conclusions, leurs éventuels mandants ne manqueront pas de considérer qu'ils ont cautionné l'éventuelle décision finale. La méthode de duperie collective prend habituellement le nom politiquement correct de *démocratie participative*.

Les copils peuvent se tenir à plusieurs niveaux :

- Les **copils de niveau 1** qui doivent plancher sur des sujets peu importants. Ils vont réunir des professionnels qui ont une responsabilité et une implication faible dans l'entreprise³. Le nombre des participants peut être important, car cela donne l'impression d'une consultation élargie sans pouvoir aboutir à une solution, mais l'essentiel est d'avoir consulté le plus largement « la base » et de faire habilement passer les décisions sous la forme d'un pseudo-consensus. Le niveau d'intervention est souvent local (uniquement par exemple, dans l'entreprise) ;
- Les **copils de niveau 2**, intermédiaires, peuvent associer cadres et non-cadres. Les sujets sont d'importance plus stratégique. L'objectif est d'obtenir une adhésion à un projet qui nécessite la coopération de catégories professionnelles différentes. Le niveau d'intervention peut être régional ;
- Les **copils de niveau 3** travaillent sur des sujets nationaux. Les membres sont triés sur le volet. Pendant le temps de la constitution du groupe, le secret est bien gardé, car il est tellement flatteur d'être invités à ces copils d'élite que leurs initiateurs peuvent demander la confidentialité à ceux qui sont sollicités, ce qui renforce leur sentiment d'importance. Ces copils se tiennent souvent dans des lieux « prestigieux », aux derniers étages des grandes entreprises pour le privé ou dans les ministères par exemple pour le public. Le top du top est de voir paraître dans la presse son nom dans la liste des membres. Ce sont dans les copils de niveau 3 que se concentre la population des **serial copilers** qui est particulièrement exposée à des formes graves de copilites.

³ Dont l'hôpital qui est devenu une entreprise.

3. Formes cliniques de la copilite

Toutes les formes de copilites peuvent se présenter sous des formes légères à graves.

- a. **La copilite aigüe** consiste à réunir un groupe restreint pour travailler sur un sujet urgent. Le ou les pilotes du copil doivent être directifs, efficaces et rapides. Le groupe doit être limité et être composé de professionnels disponibles, présumés compétents ou incontournables (et éventuellement pas compétents du tout) pour des raisons de diplomatie politico-stratégique. Les pilotes doivent produire immédiatement des notes de synthèse concises et opérationnelles pour permettre au (x) décideur(s) de faire un choix.
La durée ne doit guère dépasser un trimestre. Le travail rapide, pourtant souvent confronté à la difficulté à réunir ses membres souvent engagés dans d'autres copils (car il y a de l'urgence partout), peut aboutir à de mauvais choix par manque d'élaboration.
- b. **La copilite suraigüe ou copilite dite « twitter »** est une variante clinique de la copilite aigüe c'est-à-dire trouver une solution complexe le plus rapidement possible en 140 caractères. Cette forme est grave et montre une crise institutionnelle sérieuse. Heureusement, elle peut ne pas laisser trop de traces sur ses membres qui n'auront pas eu le temps d'investir le sujet. Ce sont surtout les décideurs qui pâtiront éventuellement d'une mauvaise solution.
- c. **La copilite chronique** consiste à réunir sur une très longue durée un copil pour étudier une ou des thématiques complexes. Il peut être composé de sous-groupes qui étudient des déclinaisons du thème principal. Les copils alternent des travaux individuels et des restitutions collectives sous l'appellation sérieuse de séminaires où la connotation religieuse confère à la mission du copil un caractère sacré, élitiste, renforçant l'appartenance à un groupe d'happy few. Les travaux peuvent durer plusieurs années. Ils permettent aux autorités, surtout aux administrations étatiques d'associer gratuitement des professionnels (plus ou moins bénévoles) pour faire le travail que les hauts fonctionnaires ne savent pas faire, n'ayant pas la connaissance du « terrain », donc du détail précis de l'activité professionnelle en question.
- d. **La copilite continue** est une conséquence du développement des nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC). La réunionnisme consistait à des réunions programmées selon des fréquences variables. Les échanges de travaux étaient lents, passant par le courrier-papier. Avec les NTIC, le travail se fait à flux continu : pas de programmation dans le temps et l'espace et interférence sur l'espace privée. Les tentatives de soustraction volontaire aux exigences du copil, notamment les réunions fréquentes qui peuvent nécessiter de longs déplacements, ne sont plus recevables à cause de l'utilisation des conférences téléphoniques ou des vidéoconférences.

e. Les symptômes

Après une phase de satisfaction narcissique ressentie par les copileurs pour avoir été sollicités, apparaissent progressivement les signes suivants :

- Hypervigilance ;
- Consultation répétitive, puis envahissante des messageries, crainte de manquer des messages, de ne pas répondre dans les délais, d'oublier d'y répondre ou d'être soumis à une panne informatique ou à la malveillance d'hackers ;
- Anxiété anticipatrice ;
- Insomnie ;
- Troubles de l'attention ;
- Sursaut à l'apparition de nouveaux messages ;
- Risques de confondre des tâches différentes ;
- Apparition d'impairs dans la rédaction des mails avec des envois inadaptés ou des erreurs de destinataires ;
- Confrontation à des réactions de rejet, larvées ou explicites, de l'entourage professionnel exclu des copils ;
- Syndrome dépressif, sentiment d'inutilité ;
- Sentiment d'harcèlement ;
- Et les complications ultimes : surmenage/burn-out, démission, syndrome de stress post-traumatique (sursauts, cauchemars d'apparition retardée et réapparaissant quand la thématique du copil survient dans la vie de l'ex-copiler) et pire, tentatives de suicide ou suicide.

4. Profils de personnalités des copileurs

Les personnalités invitées dans les copils, notamment ceux qui sont le plus souvent sollicités, peuvent sous une présentation affirmée, avoir des failles narcissiques profondes, un complexe d'infériorité au sens adlérien avec son corollaire de protestation virile et de volonté de puissance [2], satisfaites dans un premier temps par les sollicitations multiples, avant une phase de décompensation devant l'inutilité de leurs importants efforts. D'une certaine manière, ces personnalités suivent un cheminement qui ressemble à l'érotomanie [3] :

- La **phase d'espoir** avec un optimisme qui lui permet de croire en une lune de miel entre l'objet du copil et ses attentes et en croyant participer à une œuvre « d'intelligence collective ». ⁴
- La **phase de dépit** apparaît quand la réalité s'impose. La symptomatologie dépressive est fréquente dans cette phase. Les prodromes se caractérisent souvent par un absentéisme de plus en plus fréquent au copil, d'abord en donnant des arguments qui

⁴ L'expression très à la mode renforce le sentiment d'importance et la satisfaction de faire partie d'une « unité d'élite ».

semblent valables d'ordre déontologique ou éthique : « *je ne peux pas manquer aux obligations quotidiennes de mon travail, reporter mes consultations (pour les médecins), faire porter à mes collègues les tâches qui me reviennent* », puis finalement en renonçant à fournir des excuses, quand l'état dépressif frôle la mélancolie ;

- La **phase de rancune** où l'auto agressivité de la phase précédente se retourne en agressivité contre l'objet du copil ou ses instigateurs. On sait que dans l'érotomanie, le meurtre de l'être aimé, qui a tellement déçu, peut être un aboutissement funeste...

A noter, un **symptôme pathognomonique**⁵ assez fréquent chez les copileurs de niveau 3, et particulièrement clamé par les serial copilers, notamment dans la phase d'espoir et qui prend la forme d'un impératif catégorique kantien [4] : « *Fais-en sorte que la maxime de ton action ne te conduise jamais à faire la politique de la chaise vide* ». Alors que la faire serait un moyen d'éviter les phases suivantes une fois la triste réalité perçue, le copileur s'obstine à participer aux réunions et quand l'absentéisme de la phase de dépit apparaît, les manquements ne sont plus volontaires, pensés, rationalisés, argumentés, mais ne sont que la conséquence du renoncement dépressif. Argumenter ou défendre la politique de la chaise vide est une déclinaison de la loi de Godwin. Quand la question de rester ou non, d'intégrer ou non un copil se pose, avec des dissensions entre les copileurs, l'argument ultime est : « *On a toujours tort de faire la politique de la chaise vide* » interrompant immédiatement la discussion. Pourtant, dès que l'objet du copil paraît litigieux, il pourrait s'avérer plus efficace de s'abstenir d'y participer tout en se préparant, et le faisant savoir, que les décisions feront l'objet d'une importante campagne de médiatisation pour en dénoncer les aspects néfastes. Pour résumer : résister et non se soumettre d'emblée, rester vigilant et dans le débat mais en extériorité et non dans l'espoir d'un entrisme, plus ou moins trotskiste.

5. Les antécédents et les facteurs aggravants

- a. **Les antécédents.** Souvent une hyperactivité a été constatée dès l'enfance avec des investissements erratiques dans des activités diversifiées, mais rarement poursuivies. Le modèle parental peut avoir une influence et selon deux formes opposées :
 - Un ou deux parents très investis professionnellement, qui peuvent être très connus socialement et auxquels l'enfant voudra s'identifier ;
 - Ou le contraire, des parents plutôt en retrait et l'enfant voudra compenser cette dépressivité par des engagements multiples.
- b. **Le « harcèlement » journalistique**, surtout pour les copileurs de niveau 3 et les serial copilers, est fréquent et accompagne la copilite continue. Aux sollicitations permanentes inhérentes aux travaux du copil s'ajoutent les demandes d'interview immédiat et sans délai des journalistes. Différer devient difficile, d'autant plus que la notoriété apparente renforce le sentiment de toute-puissance.

⁵ Un symptôme pathognomonique est un signe qui ne se rencontre que dans une seule maladie.

- c. **Les sollicitations diverses**, pour des interventions dans les médias ou dans des colloques, surtout pour les copileurs de niveau 3 rajoutent au travail permanent et contribuent à la fatigue et au risque de burn-out.

6. Comorbidités

Les **troubles bipolaires** sont fréquemment constatés dans la copilite. Les phases maniaques favorisent l'acceptation à intégrer des copils avec l'illusion de pouvoir satisfaire aux multiples obligations ; les phases dépressives surviennent souvent secondairement.

Des **troubles de la personnalité** d'expression clinique variable ont été constatés et des recherches complémentaires sont nécessaires pour en affiner la typologie et la fréquence.

Les **conduites addictives** permettent soit de trouver une psychostimulation, soit une compensation des troubles anxieux. Amphétamines et cocaïne pour celle-là ; alcool, tranquillisants et somnifères pour celle-ci.

7. Diagnostic différentiel

- a. La copilite est la conséquence de la participation excessive à des réunions de type copils ou apparentées aux objectifs incertains, mais elle ne peut jamais être secondaire à la participation aux réunions utiles de type réunions de service, staffs ou réunions de synthèse qui concernent précisément le fonctionnement ordinaire d'un service ou en médecine qui ont pour objet d'étudier collectivement l'état clinique d'un patient pour lui donner le meilleur traitement possible. Il faut noter, notamment dans le domaine hospitalier, que ce type de réunions indispensables ont eu tendance à se raréfier au profit d'une demande d'une multiplication d'actes pour satisfaire à une rentabilité économique⁶.
- b. La **qualitophilie** est également une pathologie de la modernité dont la catégorisation nosographique oscille entre paraphilie et troubles obsessionnels. Elle consiste à avoir l'illusion d'atteindre à la perfection en multipliant protocoles, procédures, soit à grande échelle comme la certification des hôpitaux, soit à l'échelon local à l'aide d'outils qui doivent être élaborés par des services idoines qui deviennent pléthoriques (et déconnectés de la réalité) en association avec les professionnels de terrain. Il s'en suit la multiplication des réunions dite « Qualité », pour établir les fameux protocoles qui s'entassent dans des classeurs à destination d'usagers qui n'ont même plus le temps, non seulement de les lire, mais même d'en avoir connaissance ou uniquement pour les présenter lors des visites d'accréditations, certification, re certification, de contrôles, d'inspection etc. et qui permettront de montrer à quel point l'entreprise est performante. La multiplication des réunions secondaire à la qualitophilie est la cause de la

⁶ En relation avec le mécanisme de financement dénommé TAA (tarification à l'activité) en médecine somatique et en chirurgie et même anticipé à tort en psychiatrie, alors que son application complexe pour la psychiatrie n'est pas à l'ordre du jour.

raréfaction des réunions utiles à l'origine d'une autre forme de souffrance, celle de ne pas pouvoir échanger entre confrères, notamment autour de situations complexes. Il semble toutefois que les qualitophobes bien que nettement plus nombreux que les qualitophiles échouent à faire entendre leur point de vue.

- c. **La copulite** est une autre pathologie à ne pas confondre avec la copilite, bien que due à une multiplication d'actes, mais qu'il n'y a pas lieu de détailler cliniquement, tellement les différences entre les deux pathologies sont criantes. La confusion ne peut être que phonique, mais non clinique.

8. Traitement

a. Traitement préventif.

- La meilleure prévention consiste à ne pas prendre de responsabilité et à suivre le conseil bien connu : « *Pour vivre heureux, vivons cachés* ». L'évitement est d'autant plus important quand la multiplication des copils est consécutive à une complexité sociétale, avec difficulté à prendre des décisions, quel que soit le niveau de décision, et donc un report sur de faux décisionnaires ;
- Une campagne de prévention avec un engagement fort des Pouvoirs publics doit être lancée dans l'urgence avec différents slogans : « *L'abus de copils est mauvais pour la santé* » ou « *Un copil, ça va ; trois copils, bonjour les dégâts* ».
- Mesurer l'impact de la copilite et de la qualitophilie sur les organisations à l'aide d'un outil simple : **un bilan carbone copilite** adapté à la copilite et qui consiste simplement à comptabiliser le nombre de personnes présentes à une réunion et le temps qui est consacré. Par exemple, 20 personnes pendant 3 heures correspond à 60 unités-heures copilite. On pourra demander au qualitophile (qui adore ce genre de mission) d'améliorer la formule avec un coefficient correcteur pour chaque professionnel en fonction de leur importance de leur entreprise ou de leur rareté.

- b. **Traitement curatif.** Comme en alcoologie, plusieurs stratégies peuvent être envisagées :

- Un sevrage total en prévoyant un éloignement des sources de stimulation : arrêt de travail, retrait de l'accès au téléphone et à internet, interdiction de contact avec le milieu professionnel, etc. ;
- En dernier recours, l'isolement peut être plus radical en prévoyant une limitation maximale des sources de stimulation. Au pire, quand des comportements incoercibles apparaissent, comme se saisir de force d'un téléphone ou surfer en cachette sur internet, une contention pourrait s'avérer indispensable ;

- Un sevrage progressif en diminuant la participation aux nombreux copils pour ceux qui en abusent réellement ;
- Les psychotropes antidépresseurs et anxiolytiques doivent accompagner le sevrage, doivent être limités dans le temps, notamment les anxiolytiques, afin de ne pas remplacer une addiction par une autre. Les neuroleptiques peuvent être utiles en cas d'apparition d'idées délirantes, de grandeur, de référence (« on parle de moi à la TV »), etc. ». Les thymorégulateurs sont indiqués en cas de trouble bipolaire associé ;
- Des traitements de substitution comme pour d'autres addictions, peuvent être proposés : changement de postes ou de métiers, délocalisations plus ou moins longues, etc. ;
- Les psychothérapies sont une indication théorique, mais d'instauration difficile pour des raisons pratiques avec des doutes sur leur efficacité à long terme. Les raisons pratiques sont pour toutes les formes de psychothérapies le manque de temps disponible des copileurs qui ayant en outre leur esprit envahi par la thématique des copils ne trouvent pas un temps libre pour des séances de thérapie. Certes, des TCC (Thérapies cognitivo- comportementales) brèves pourraient contourner le problème de la disponibilité, mais la preuve de leur efficacité rapide et du maintien sur le long terme d'un éventuel effet thérapeutique n'a pas encore été apportée. Les thérapies d'inspiration psychanalytique paraissent indiquées du fait de l'espace d'introspection qu'elles offrent pour explorer les voies obscures du narcissisme, mais elles demandent trop de temps immédiat et sur le long terme pour être acceptées. Quant aux thérapies systémiques, réunissant le copil, le ban et l'arrière-ban du copil, il ne faut guère y compter...,
- La retraite progressive [5] ou la retraite définitive peuvent être un traitement efficace, mais dans les formes graves de copilite, la chute brutale de sollicitations peut mener à un sentiment de vide et d'inutilité et un état dépressif grave, d'autant plus si l'ex-copileur n'avait pas d'autres investissements intellectuels et affectifs que son travail ;
- Reconnaissance de la maladie comme affection de longue durée, voire dans les cas graves comme un handicap.

9. Cotation

En attendant des études complémentaires et l'identification spécifique de la copilite, elle peut être cotée en diagnostic principal dans la CIM-10 dans la rubrique « F48 : Autres troubles névrotiques » et précisément « F48.9 : Trouble névrotique sans précision ».

Pour les comorbidités, les conduites addictives ou les troubles de l'humeur renverront aux cotations les plus appropriées.

Il est intéressant de ne pas oublier les codes en Z « *Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de*

recours aux services de santé» qui permettent d'avoir une vision contextuelle du trouble. Les codes suivants sont les plus fréquents :

- Z73.0 Burn out ;
- Z73.2 Manque de repos et de loisirs ;
- Z73.3 Stress, non classé ailleurs ;
- Z73.4 Compétences sociales inadéquates (code intéressant, car il est possible que des copileurs n'aient pas la compétence suffisante) ;
- Deux autres codes qui peuvent être en relation directe avec la copilite :
 - o Z63.0 Difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire ;
 - o Z63.5 Dislocation de la famille par séparation et divorce.

10. Conclusion

La copilite est une maladie qui peut être grave, aux conséquences personnelles, familiales et sociales importantes. Dans un temps où la question du harcèlement est à la une de l'actualité, la proximité de l'étiologie de cette pathologie avec le harcèlement est notable.

Les décideurs et les organisateurs des copils doivent interroger sur l'opportunité du copil et ses répercussions sur les copileurs et doivent les envisager sous l'angle général des risques psychosociaux.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Tome 3, Le Robert, 2012, p. 3313.
- [2] Adler A. Le sens de la vie. Petite Bibliothèque Payot.
- [3] De Clérambault G. Les psychoses passionnelles. Œuvre. Presses Universitaires de France, Paris, 1942.
- [4] Kant E. [Fondements de la métaphysique des mœurs](#), Œuvres philosophiques Gallimard, Pléiade 1985.
- [5] APH. Lettre d'information. 26/06/2017. <http://www.cphweb.info/spip.php?article874>.

Coopérations professionnelles durant l'incarcération et après la sortie

Michel David

Texte de la communication orale présentée lors des Journées d'étude « Santé mentale en prison, Etat des savoirs, besoins, perspectives » du 21 et 22 décembre 2017 à Paris.

**SANTÉ MENTALE EN PRISON :
ÉTAT DES SAVOIRS,
BESOINS,
PERSPECTIVES**

Journées d'études
21-22 décembre 2017

Auditorium de l'Hôtel de Ville de Paris,
5 rue Lobau, 75004 PARIS

La question de la santé mentale en prison soulève des enjeux éthiques et politiques majeurs. Ce colloque, organisé par la Direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice) en partenariat avec le ministère de la Santé, propose de faire l'état des connaissances scientifiques et d'engager un dialogue entre chercheurs et professionnels. Ces journées croiseront ainsi les regards de chercheurs issus de différentes disciplines, de professionnels de la Justice et de la Santé, ainsi que de représentants associatifs.

Inscription gratuite mais obligatoire auprès de :
journees.santementaleenprison2017@justice.gouv.fr

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Traiter des coopérations professionnelles durant l'incarcération et après la sortie est une thématique inépuisable. Dans le cadre de cette table ronde, avec un temps d'intervention limité à dix minutes, il n'est guère possible de faire autrement que de piocher quelques points.

Il convient aussi de resituer cette table ronde parmi les trois autres sessions de cette journée et les travaux en cours à l'initiative du ministère de la Santé.

- Les trois autres tables rondes s'inscrivent dans deux journées dont l'intitulé est « *Santé mentale en prison : État des savoirs, besoins, perspectives* ». Il n'est pas possible non plus ici de commenter le choix d'inscrire les

soins psychiatriques en prison sous le chapeau de la santé mentale et non de la psychiatrie. Il s'agit d'un vaste débat assez souvent clivant.

- Mesurer les troubles mentaux en milieu carcéral : défi statistique et enjeu politique ;
- Hospitaliser ou incarcérer ? Comprendre les circuits judiciaires et institutionnels ;
- Des parcours de soins en santé mentale spécifique.

- Les travaux spécifiques aux soins aux personnes placées sous main de justice (PPSMJ) sous l'égide du ministère de la Santé se déclinent en deux groupes de travail principaux, comme l'a rappelé en ouverture de ces journées, madame Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins :
 - Le comité de la stratégie santé des PPSMJ pilotée par la DGS
 - Le comité de pilotage de la psychiatrie avec un atelier « *Psychiatrie en milieu pénitentiaire* » piloté par la DGOS

Les axes de travail de ces comités incluent les points soulevés dans les différentes tables rondes de nos journées.

Le temps contraint ne permet pas d'aborder les considérations théoriques qui accompagnent les modalités de coopérations professionnelles, soit en les limitant, soit en les facilitant. Pour n'évoquer qu'un point, il faudrait reprendre l'évolution du **secret professionnel** au fil du temps et notamment sa dernière évolution dans la récente loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, mais il est probable que Virginie Gautron, dans la synthèse de cette session abordera ce point particulier, source d'incompréhensions, voire de conflits fréquents entre médecins et non-médecins. Je vais donc borner mon propos en partant d'exemples concrets.

Toutefois, au vu de ce qui a déjà été abordé au cours de la journée, j'ai l'impression qu'on se trompe probablement de perspectives quand on parle des coopérations professionnelles, en focalisant l'attention sur des détails et non sur les raisons profondes qui peuvent expliquer les aléas des coopérations. En effet, et notamment en relevant ce qu'a pu présenter Yves Cartuyvels à propos de la défense sociale en Belgique, émergent les raisons de fond qui peuvent expliquer les résistances aux coopérations. D'autant plus que le glissement vers un système de défense sociale en France semble parfois se dessiner, avec le risque de lieux de « réclusion » pour des personnes ayant commis des infractions tout en ayant des troubles mentaux et privés des soins nécessaires en les rejetant dans des systèmes que l'on a qualifiés aujourd'hui d'hybrides et qui seraient une régression par rapport à nos organisations actuelles.

I — Trois exemples de coopérations pendant l'incarcération, leurs limites, leurs risques

- **Premier exemple** : expériences d'échanges SMPR/SPIP

Quand je travaillais dans un service médico-psychologique régional (SMPR), un des objectifs des soignants était de préparer la sortie en accord avec le patient, et en échangeant avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) autour des moyens à mettre en œuvre en amont de la libération et en articulation avec le milieu ouvert, notamment les relais à

effectuer avec le secteur de psychiatrie générale.

La méthode retenue consistait à se réunir mensuellement. Une semaine avant la réunion, le SMPR envoyait la liste des situations à étudier et le SPIP devait procéder de la même manière.

Aux toutes premières réunions, l'équipe du SPIP est venue en nombre, puis progressivement les rangs se sont clairsemés. Le SMPR a toujours adressé l'ordre du jour au SPIP, mais jamais l'inverse. Puis finalement, sans excuse, sans explication, nous avons attendu en vain au moins un membre du SPIP.

Étant donné que j'entretenais de bonnes relations avec les directeurs successifs du SPIP, j'ai cherché à en comprendre les raisons. Certes, il pouvait y avoir des explications inhérentes aux difficultés de fonctionnement et notamment d'effectifs que rencontrait le SPIP, mais ce n'était pas l'argument essentiel. Il est apparu que les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) voulaient avant tout connaître le degré de **dangerosité** des personnes. Cette information leur aurait été demandée par les juges d'application des peines. Il n'est encore pas possible de disserter sur ce point, ce qu'implique cet argument, mais implicitement si nous travaillons avec des CPIP ou par la suite avec nos collègues du milieu ouvert, ce n'est pas pour les mettre dans une situation difficile sans le dire. Le manque de confiance, la peur, l'obsession du risque, le souhait d'être assuré sur des fonctionnements psychologiques prévisibles sur lesquels nous n'avons aucune compétence entravent souvent tout travail sérieux et opérationnel.

Il est assez su actuellement que l'on attribue trop souvent, et à tort, aux psychiatres une compétence d'oracle et qu'en modernes Tirésias, il devrait tirer leurs savoirs sur une personne précise en lisant dans les équivalents d'entrailles que seraient les échelles actuarielles dont l'utilité n'est que statistique et non applicable à une personne spécifiquement.

- **Deuxième exemple** : L'annexe K du Guide méthodologique

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice regroupe les différents textes qui accompagnent les soins en milieu pénitentiaire. L'annexe K énonce plusieurs situations d'échanges d'information. Il s'agit d'une thématique importante à travailler régulièrement et qui le sera dans les groupes de travail évoqués ci-dessus.

Je prends un exemple (p. 288) :

« **Contenu de l'information** : les principaux signes d'alerte à surveiller (sans énoncer le diagnostic) en vue d'obtenir une demande de surveillance renforcée ponctuelle pour un

patient présentant un problème psychiatrique ou somatique.

Observations : cette information importante peut remettre en cause un aménagement de peine futur. »

Il est inutile d'en dire plus, mais l'on voit à quel point il faut peser ce que l'on peut ou non communiquer. Par exemple, quel contour donner à un « problème psychiatrique » ? On ne sait jamais comment tel ou tel fait sera interprété et quelles conséquences l'échange d'information peut avoir. C'est la raison pour laquelle, de nombreux professionnels de santé (dont je fais partie) sélectionnent leurs interlocuteurs pénitentiaires ou judiciaires pour communiquer, avec l'accord de leur patient, certaines informations strictement nécessaires, mais évitent de le faire à la « cantonade » (comme l'est la commission pluridisciplinaire unique — CPU — un exemple de cantonade), n'étant pas dupe, en tant que professionnel rompu aux errances du fonctionnement de notre psychisme, le destin funeste des transformations de toute communication.

Comme le rappellera une consœur, à l'occasion des échanges avec la salle, il est important d'insister sur les réunions de coordination entre les différents services d'un établissement pénitentiaire, qui ne se tiennent malheureusement pas partout, qui n'ont pas pour objet de parler des personnes détenues, mais qui traitent des fonctionnements et permettent de les améliorer. Ces réunions qui ne posent aucun problème par rapport au secret médical sont une occasion pour mieux se connaître et échanger autour d'informations organisationnelles.

- **Troisième exemple** : Délivrance des attestations de suivi pour injonction de soin (IS) ou obligation de soins (OS)

Cet exemple permet une articulation dedans-dehors, puisque la question se pose en milieu fermé comme en milieu ouvert. Encore une situation qui demanderait un petit développement théorique pour exposer la doctrine qui sous-tend l'injonction de soins, dont le concept est issu de conceptualisation psychiatrique et psychanalytique. Mais une bonne idée - l'intention intéressante de l'incitation - étant souvent malheureusement transformée et détournée par les idéologies sécuritaires, le soin est devenu fréquemment instrumentalisé, factice, satisfaisant des apparences, en permettant à tous de croire à l'existence de **thérapies destinées à limiter les risques de récidive** (article 721-1 du code de procédure pénale) qui est une pure invention du législateur, mais que l'on ne trouve dans aucun traité de médecine. Les consultations ambulatoires de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont ainsi confrontées à des demandes factices de soin dans l'unique but d'obtenir des attestations ouvrant à d'éventuelles réductions de peine supplémentaires. Outre l'inutilité thérapeutique, il y a lieu de s'interroger sur un recours coûteux au service public, surtout dans des contextes de démographie soignante tendue et de financement en baisse.

Face à cette duperie collective, il faut espérer que **l'audition publique sur les auteurs de violences sexuelles autour de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge**, prévue en juin 2018 à Paris énoncera des principes réalistes, notamment en précisant les indications, les contre-indications, les conditions de relèvement et les modalités d'évaluation des injonctions de soins et des obligations de soins. Il serait ainsi utile de dissiper des méconnaissances ou au contraire une utilisation sécuritaire du soin en parfaite lucidité. Par exemple, une fréquence élevée de consultation pourra être interprétée comme la probabilité d'une grande dangerosité et une fréquence faible, comme une non-implication dans les soins. Également, une interruption ou un différé dans les soins peut être une opportunité pour une maturation chez la personne concernée de l'utilité des soins et ne doit pas être interprété systématiquement comme un refus de soin, sans oublier que les modalités de soin peuvent être dépendantes de l'offre de soin sur laquelle la personne concernée n'a aucune prise.

Il faut en outre prendre en considération que la notion de psychothérapie n'est pas un concept largement compris par la population en général et qu'il convient de travailler, d'expliquer l'implication relationnelle qu'elle comporte et qui ne fait pas le plus souvent partie des modalités relationnelles de personnes ayant plus recours à l'acte qu'à la parole. Sans oublier qu'en dépit de l'idéal égalitaire « soins en prison et soins en milieu ouvert », la prison reste un lieu de méfiance ne facilitant pas la confiance et les confidences.

II — Coopérations après la sortie

Globalement, grossièrement, toujours parce qu'il faut circonscrire rapidement quelques points, j'évoquerai les coopérations internes à la psychiatrie et les coopérations Santé/Justice.

- **L'articulation avec la psychiatrie générale** est peut-être le point le plus difficile et le plus regrettable.

Comment pourrait-on bien communiquer avec des professionnels non soignants si on n'arrive pas à s'articuler entre soignants ? La psychiatre déclare souvent vouloir lutter contre toute forme de stigmatisation, mais elle l'organise souvent elle-même quand il s'agit de patients qui ont ou ont eu un parcours carcéral. La stigmatisation a de toute façon été organisée et institutionnalisée par la profession quand a été légalisé le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 1986. Il peut paraître étonnant d'avoir milité pour sortir de la réclusion asilaire et d'accepter ensuite la réclusion carcérale. En fait ce n'est pas vraiment étonnant. En se plaçant à un niveau psychodynamique, on peut dire que la profession a choisi de travailler à l'économie...

Toutefois, la réduction des moyens de la psychiatrie publique, l'absence de transfert des financements issus de la fermeture des lits pour les réorienter vers des structures ambulatoires, l'exigence sécuritaire que la société veut lui imposer font partie des explications ayant mené à ces constats.

Doit-on pour autant se résigner? La question se pose des parcours de soins et de l'organisation du paysage sanitaire et social à l'aune des groupements hospitaliers de territoire (GHT), des projets territoriaux de santé mentale, des communautés psychiatriques de territoire (CPT) et de tous les outils permettant les échanges sociétaux (pour éviter la grandiloquence du concept de démocratie sanitaire) comme l'a encore rappelé ce matin la Directrice générale de l'offre de soins. Il faut espérer que dans ces réorganisations majeures et centralisatrices hospitalières, les soins aux personnes détenues ne deviennent invisibles et délaissés. Il serait d'ailleurs intéressant de recenser dans tous les projets médicaux des établissements hospitaliers la part réservée aux soins psychiatriques et somatiques aux personnes placées sous main de justice, ainsi que leur évocation dans les ordres du jour des commissions médicales d'établissement (CME).

- **L'articulation psychiatrie/justice** est le plus souvent sous tension autour des soins pénalement ordonnés.

Si les coopérations professionnelles JAP/SPIP/Médecin coordonnateur/Thérapeutes dans le cadre du suivi sociojudiciaire (SSJ) avec injonction de soins apportent une amélioration quand les moyens en permettent le fonctionnement, la situation est chroniquement plus critique quand il s'agit de **l'obligation de soins**.

Depuis qu'elle existe avec l'adoption du code de procédure pénale en 1958, la Santé et la Justice n'arrêtent pas de se chercher, de ne pas s'entendre et de cultiver des conflits larvés. Récemment, dans un échange entre la Fédération Française de Psychiatrie et la Haute Autorité de santé où il convenait d'envisager des thèmes de travail sur lesquels pourrait se pencher la HAS, j'ai suggéré une amélioration du dispositif de l'obligation de soin avec une articulation plus cohérente entre Santé et Justice. Ma suggestion ne semble pas avoir rencontré un franc succès.

III— Remarques diverses

La psychiatrie est renforcée continuellement, progressivement, insidieusement dans son rôle de défense sociale en lui demandant surtout de prédire risques et dangerosité, en oubliant sa **fonction première qui est thérapeutique** d'où les fameuses thérapies destinées à limiter les risques de récidive ».

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 porteuse de concepts intéressants se trouve progressivement détournée de son projet thérapeutique pour devenir surtout un support de pénalité ou de mesures de sûreté.

Il n'est guère besoin de s'étendre sur la honteuse **loi de rétention de sûreté** du 25 février 2008 où la psychiatrie est appelée sans l'avoir demandé ; les psychiatres devant se prononcer sur le nouveau concept de « particulière dangerosité » caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité. La justice pénale s'oriente ainsi vers une justice prédictive comme le souligne Mireille Delmas-Marty : « Quand la sécurité devient dans certains discours officiels la « première des libertés », quand les responsables politiques n'hésitent pas à transposer le principe de précaution des produits dangereux aux individus qualifiés tels, il ne faut pas s'étonner si la justice pénale devient « prédictive » et l'anticipation un substitut de punition » (in « Sociétés carcérales. Relecture(s) de Surveiller et punir sous la direction d'Isabelle Fouchard et Daniele Lorenzini, Édition Mare et Martin, 2017)

D'une certaine manière, même si l'introduction des magistrats dans les soins sans consentement où une privation de liberté pour motifs thérapeutiques est mise en œuvre est une avancée incontestable sur le registre des droits de l'Homme, l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) et des avocats donnent une coloration pénale à un contexte soignant. Le film « 12 jours » de R Depardon, que nous aurons l'occasion de voir ce soir, permet d'alimenter ces réflexions. Enfin, n'oublions pas la manière dont le Pouvoir politique peut souhaiter impliquer la psychiatrie dans le traitement des différentes modalités de radicalisation.

Le psychiatre deviendrait ainsi un **échangeur** au sens où l'entend Michel Foucault : il permettrait le passage d'un système disciplinaire à un autre. Il participerait à l'exécution des peines en facilitant l'échange entre la sanction (juge) et l'exécution de la peine (prison) tout en fuyant sa mission première à visée thérapeutique. En somme, un désengagement essentiel de la psychiatrie.

Deux citations pour conclure. :

Philippe Pinel. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 2^e édition 1809 p.128.

« 136. *L'heureuse influence exercée dans ces derniers temps sur la médecine par l'étude des*

autres sciences, ne peut plus permettre aussi de donner à l'aliénation le nom général de folie, qui peut avoir une latitude indéterminée et s'étendre sur toutes les erreurs et les travers dont l'espèce humaine est susceptible, ce qui, grâce à la faiblesse de l'homme et sa dépravation, n'aurait plus de limites. Ne faudrait-il point alors comprendre dans cette division toutes les idées fausses et inexactes qu'on se forme des objets, toutes les erreurs saillantes de l'imagination et du jugement, tout ce qui irrite ou provoque des idées fantastiques ? Ce serait alors s'ériger en censeur suprême de la vie privée et publique des hommes, embrasser dans ses vues l'histoire, la morale, la politique et même les sciences physiques dont le domaine a été si souvent infecté par des subtilités brillantes et des rêveries ».

Henri Ey : Motion du congrès mondial de psychiatrie de Mexico — 1971.

« L'Association mondiale de psychiatrie dénonce la malfaisance des campagnes de contestations antipsychiatriques d'inspiration politico-idéologique qui font jouer à la psychiatrie un rôle qui n'est pas le sien, celui d'être un instrument de la répression sociale.

L'Association mondiale de psychiatrie, en affirmant que la psychiatrie est et ne peut être qu'une des principales branches de la médecine appliquée à la prophylaxie et au traitement des « maladies » mentales, recommande expressément à toutes les Sociétés qui la composent d'attirer l'attention de chacun de ses membres, celle de l'opinion publique et celle du Gouvernement de leur pays, sur le caractère essentiellement médical et l'usage exclusivement thérapeutique de l'action et des institutions psychiatriques.

L'Association mondiale de psychiatrie condamne toute exploitation politique qui aurait été ou pourrait être faite des concepts, méthodes et institutions propres à l'exercice de la psychiatrie qui est au service des seuls malades mentaux ».

Toute coopération professionnelle ne doit pas oublier que le soin psychiatrique, surtout psychothérapeutique, est délicat, complexe, souvent encore abscons pour les patients, à l'efficacité difficilement évaluable, et qu'une formule classique de la médecine que beaucoup de soignants semblent oublier n'est pas vaine : « *Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* », comme l'a également rappelé Virginie Gautron dans sa synthèse.



Association des professionnels
De Santé Exerçant en prison

apsep.contact@gmail.com



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

asmp.contact@gmail.com

Livre blanc des associations représentant le soin en milieu pénitentiaire

Pour les bureaux de l'APSEP et de l'ASPMP

Dr Damien MAUILLON
Président de l'APSEP

Dr Michel DAVID
Président de l'ASPMP

Mars 2017



L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.

Bureau

Dr Michel **DAVID**, président, Maison d'arrêt de Coutances

L'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) et l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) ont une longue expérience de la pratique des soins auprès des personnes détenues.

À l'occasion de l'élection présidentielle, nos deux associations souhaiteraient que les candidats se positionnent sur un certain nombre de questions soulevées notamment par un le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales consacré à « *L'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif la politique de santé des personnes placées sous main de justice* », paru en novembre 2015⁷.

La loi du 18 janvier 1994 avait pour ambition, pour les soins, une prise en charge sanitaire en milieu carcéral équivalente à celle de la population générale. Elle affirme le principe d'une médecine traitante, à la demande des patients, selon le principe du libre consentement, et dérogée de missions expertales, comme l'a rappelé la loi pénitentiaire de 2009 (Tableau 1).

Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale.

Tableau 1. Article 48 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

Si des efforts très importants avaient été faits concernant les moyens humains entre 1997 et 2013⁸, il semble que ces dernières années, la situation se soit dégradée. Dans le même temps, nous sommes confrontés à une augmentation importante de la population pénale, avec un surencombrement, notamment des maisons d'arrêt. Praticiens de terrain auprès de ces personnes, présentant souvent un état de santé précaire, nous savons que la prise en charge sanitaire est un des facteurs importants dans leur insertion sociale.

L'État doit exercer sa responsabilité à l'égard de tous, de manière égalitaire, et c'était tout l'esprit de la loi de 1994. En effet, la prison est une loupe et ce que nous pouvons constater dans notre exercice quotidien est un bon indicateur de ce qui se passe plus largement dans notre société. À ce titre, notre expérience, certes très spécifique, mérite d'être entendue plus largement.

Les interrogations que nous avons et que nous souhaitons soumettre aux candidats à l'élection présidentielle se présentent sous 10 axes et 24 recommandations.

⁷ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf

⁸ L'IGAS souligne « un doublement des effectifs des personnels de santé (de 1.345 ETP en 1997 à plus de 2 600 en 2013). Toutefois, dans le même temps, la population carcérale augmentait de 25 % » (IGAS, p. 5).

Axe 1. Une défaillance de pilotage du ministère de la Santé

Recommandation 1. Un pilotage effectif s'impose au niveau de notre ministère de tutelle, avec un **interlocuteur unique** du ministère de la Santé (qu'il vienne de la DGS ou de la DGOS), garant de la politique sanitaire en milieu pénitentiaire et de l'indépendance professionnelle des soignants. Nous souhaiterions y associer le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Recommandation 2. Coordonner les orientations du ministère de la Santé avec les travaux du Comité de pilotage de la psychiatrie.

Axe 2. Secret professionnel et partage d'information

Recommandation 3. Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives (identité des personnes et position dans la prison) dont nous avons besoin pour l'exercice quotidien des soins, sans passer par un dispositif pénitentiaire, quel qu'il soit.

Recommandation 4. Le ministère de la Santé doit être impérativement le garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration pénitentiaire pour des raisons sécuritaires.

Axe 3. Les remises de peine ne doivent pas être subordonnées à des soins.

Recommandation 5. Exclure les remises de peine de l'effectivité d'un suivi médical.

Recommandation 6. Prendre en considération la gravité de la situation de l'expertise psychiatrique pénale et y remédier.

Axe 4. Les moyens en personnels et en locaux

Recommandation 7. Lancer une politique incitative de recrutement des personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus et déterminer les effectifs sur la capacité réelle des établissements pénitentiaires et non sur la capacité théorique.

Recommandation 8. Faire établir par les ARS un recensement précis des locaux et lancer les rénovations qui s'imposent.

Recommandation 9. Lancer qu'une politique incitative permette le recrutement de personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus.

Axe 5. Le financement

Recommandation 10. La lisibilité des financements s'impose.

Recommandation 11. Lancer une politique incitative qui permette le recrutement de personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus.

Recommandation 12. Le groupe de travail piloté par le ministère de la Santé relatif aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire doit tenir compte de la réalité de terrain, des difficultés de facturations, de l'évolution des pratiques en prenant en considération les actes non facturables et chronophages comme la prévention, l'éducation thérapeutique et les temps de synthèse et d'élaboration clinique collective...

Recommandation 13. Définir un axe budgétaire clair sur les effectifs sanitaires de préparation à la sortie, de liaison avec le secteur de psychiatrie générale, les structures sanitaires ou médicosociales du dehors, sur le modèle de ce qui a été pensé pour les CSAPA.

Axe 6. L'accès aux soins

Recommandation 14. L'accès aux soins ne doit souffrir d'aucun délai ni d'aucune restriction, y compris à partir des quartiers d'isolement et disciplinaires.

Recommandation 15. L'évaluation participative et plurifactorielle des UHSA à l'issue du déploiement de la première tranche avant celui de la deuxième tranche est une nouvelle fois demandée, comme cela vient de le rappeler un courrier à la ministre de la Santé.

Axe 7. La protection sociale

Recommandation 16. La Puissance publique doit impérativement organiser le plus rapidement possible les modalités d'affiliation immédiate des personnes détenues afin que toutes disposent d'une protection sociale.

Recommandation 17. Les conventions locales entre les centres hospitaliers, l'Administration pénitentiaire et les caisses primaires d'assurance maladie doivent être signées en application de la directive de 2016.

Recommandation 18. Une ou deux CPAM sur le territoire devraient être référentes en matière d'immatriculation des personnes détenues à des fins d'homogénéisation des situations administratives.

Axe 8. La suspension de peine et de détention provisoire pour raison médicale et incompatibilité avec la détention

Recommandation 19. Rendre publiques les statistiques relatives aux suspensions de détention provisoire ou de peine pour raisons médicales.

Recommandation 20. Evaluer la situation des personnes détenues à la maison centrale de Château-Thierry, notamment au regard de leur accessibilité à une suspension de peine pour

raisons psychiatriques.

Recommandation 21. Mettre en place le groupe de travail pour l'élaboration participative du guide méthodologique relatif à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons médicales comme annoncé dans le groupe de travail consacré à ce sujet en 2013.

9. Épidémiologie et recherche en soins en milieu pénitentiaire

Recommandation 22. Se donner les moyens de l'évaluation épidémiologique relative à la santé des personnes détenues.

Recommandation 23. Inclure dans les appels à projets des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) des thématiques relatives à la santé des personnes détenues.

11. Le Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP)

12.

Recommandation 24. L'ASPMP demande au ministère de la Santé de se positionner précisément sur la place du Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le paysage sanitaire.

Axe 1. Une défaillance de pilotage du ministère de la Santé

La prise en charge sanitaire des patients détenus, sous tutelle du ministère de la Santé, est en interface permanente avec le ministère de la Justice. Jusqu'en 2013, la direction de projet pour la santé des personnes détenues dépendait de la DGOS, et à ce titre la personne en poste était l'interlocutrice incontournable de l'administration sanitaire pour les professionnels de santé.

Suite à une réorganisation de la DGOS, les directions de projet transversales ont disparu, et avec elles, le poste de référent unique pour la santé des personnes détenues⁹. Certes, ce poste est réapparu sur l'organigramme de la DGS, mais comme le note le rapport de l'IGAS, le pilotage à partir de cette modification d'organisation a été défaillant (Tableau 2).

Le pilotage n'a pas pu, après 2013, être maintenu au niveau exigé qui, par construction, demandait beaucoup d'énergie et de temps pour mettre en œuvre des actions entre deux ministères au fonctionnement différent, impliquant plusieurs directions d'administrations. Par nature, la déclinaison des actions du Plan nécessite une transversalité. Or, la diminution marquée, à partir de 2013, du nombre des réunions du COPIL du Plan, et la fin des regards croisés de fonctionnaires mis à disposition par les administrations concernées, ont fortement limité la réalité de l'animation.

Tableau 2. Rapport IGAS, p.4.

⁹ Cf. organigramme 2011 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organigramme_courriel_noms_telephones-2.pdf et organigramme 2015 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGOS_Organigramme_100615.pdf

Du côté du ministère de la Justice, il existe un référent santé unique pour l'Administration pénitentiaire. Or, depuis trois ans, ce référent unique n'a finalement pas d'interlocuteur unique, et cela entraîne un déséquilibre très visible dans les politiques de santé en milieu pénitentiaire qui semblent davantage décidées par l'Administration pénitentiaire que par l'Administration sanitaire.

Recommandation 1. Un pilotage effectif s'impose au niveau de notre ministère de tutelle, avec un **interlocuteur unique** du ministère de la Santé (qu'il vienne de la DGS ou de la DGOS), garant de la politique sanitaire en milieu pénitentiaire et de l'indépendance professionnelle des soignants. Nous souhaiterions y associer le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Recommandation 2. Coordonner les orientations du ministère de la Santé avec les travaux du Comité de pilotage de la psychiatrie.

Axe 2. Secret professionnel et partage d'information

Les acteurs de terrain savent que les enjeux de santé en prison nécessitent un dialogue professionnel entre les différents acteurs et une coordination claire.

Le partage d'information, s'il est nécessaire, doit être strictement limité aux informations administratives (identité, position en détention) ou aux dérogations légales au secret professionnel pour les patients en situation de danger et en aucun cas à des informations couvertes par le secret professionnel.

Nous souhaiterions revenir sur le format des espaces actuellement proposés pour cela, impropre à ce principe. Cela implique une suppression des commissions pluridisciplinaires uniques, et la proposition d'autres moyens de coordination inter institutionnels, afin que l'article 45 de la loi pénitentiaire de 2009 ne souffre d'aucune ambiguïté ouvrant à des débats sans fin et sources d'inutiles tensions (Tableau 3).

L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.

Tableau 3. Article 45 de la loi pénitentiaire de 2009 relatif au secret médical.

L'évolution technologique récente a montré que les défaillances de pilotage ont mis en difficulté les soignants dans leur exercice en prison. Par exemple, le dispositif Genesis, émanation de l'Administration pénitentiaire requiert des personnels de santé qu'ils soient en possession d'une carte « agent justice », afin de pénétrer dans le dispositif informatique et obtenir la localisation des

personnes détenues, nécessaire à la délivrance de traitement. Comment mieux dire, par cette dénomination « agent justice », que l'indépendance des soignants ne va pas de soi ?

Cette disposition a été mise en œuvre par l'instruction interministérielle n° SG/DSSIS/SGMJ/2016/217 du 4 juillet 2016 qui précise aux directions hospitalières et pénitentiaires les modalités de délivrance de cartes à puce aux professionnels de santé afin qu'ils aient la possibilité de consulter et d'inscrire des informations dans le dispositif pénitentiaire GENESIS.

Nous rappelons que :

- Le dispositif GENESIS est une production du ministère de la Justice. Le ministère de la Santé n'a jamais été consulté lors de son élaboration. Ce dispositif recueille toutes les informations sur la personne détenue qui sont nécessaires pour que les professionnels de la justice assurent leur mission de sécurité, de prévention de la récidive et de gestion des établissements pénitentiaires ;
- Les professionnels de santé, qu'ils exercent ou non en milieu carcéral, ont une mission différente, centrée sur le soin, qui nécessite le respect du secret professionnel et une totale indépendance professionnelle ;
- Les professionnels de santé n'ont aucune obligation d'utiliser ce dispositif de recueil d'informations sur la personne détenue. Ceci a été rappelé à plusieurs reprises par les ministères de la Justice et de la Santé ;
- Les professionnels de santé ne doivent consigner aucune information médicale dans ce dispositif sous peine de sanctions déontologiques et pénales par non-respect du secret professionnel ;
- Une instruction n'a pas de valeur de loi ou de règle. Sa portée se limite à une note de service qui ne peut être imposée aux professionnels de santé.
- La carte à puce permettant l'accès à GENESIS ne peut être imposée aux professionnels de santé. Nos deux associations recommandent de refuser cette carte lorsqu'elle leur est proposée. Sur le terrain, de nombreux professionnels nous ont rapporté avoir pris cette décision, sans conséquence sur leur activité quotidienne.

Recommandation 3. Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives (identité des personnes et position dans la prison) dont nous avons besoin pour l'exercice quotidien des soins, sans passer par un dispositif pénitentiaire, quel qu'il soit.

Recommandation 4. Le ministère de la Santé doit être impérativement le garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration pénitentiaire pour des raisons sécuritaires (cf. Tableau 4).

En dépit des progrès réalisés depuis 1994, des conditions dégradées, en termes de locaux et de

personnels, et les enjeux de sécurité, notamment lors des extractions médicales, font que, de fait, le patient peut être amené à s'effacer derrière le détenu. Des tensions peuvent alors apparaître, en matière de respect du secret médical et de conciliation des exigences de sécurité et d'éthique de la prise en charge sanitaire.

Tableau 4. Rapport IGAS, p. 7.

Axe 3. Les remises de peine ne doivent pas être subordonnées à des soins.

Les services de médecine en milieu pénitentiaire doivent se limiter à une position strictement thérapeutique. Si le traitement médical peut avoir des conséquences sur la qualité d'exécution de la peine, la potentialité de récidive, elles ne sont pas des objectifs médicaux, mais des effets de surcroît.

La médecine en milieu pénitentiaire ne doit pas être convoquée par le registre de l'expertise et ne doit pas être considérée comme une mesure de sûreté de l'exécution de la peine. Cela implique par voie corolaire la définition d'une politique claire concernant la question de l'expertise psychiatrique pénale, actuellement en crise.

Les questions du traitement et de la prescription ne doivent concerner que le domaine sanitaire. Les services de soins sont souvent encombrés par des demandes de soins factices uniquement dans la perspective d'obtenir une attestation de suivi pour obtenir une réduction de peine, sans qu'une indication médicale de traitement soit posée. Il convient que le recours aux services publics de santé soit utilisé à bon escient et non pour des raisons factices.

Dissocier soins et réductions de peine était déjà recommandé par l'Audition publique sur la « Prise en charge de la psychopathie »¹⁰ (Tableau 5), mais tient-on encore aux recommandations des auditions publiques et conférences de consensus ?

La commission estime que l'obligation judiciaire de soins présente un intérêt pour ces personnes à condition qu'elle soit médicalement fondée et que la relation entre les juges d'application des peines, le service d'insertion et de probation et la structure soignante soit suffisamment structurée et organisée. **Elle se montre en revanche réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison.**

Tableau 5. Audition publique sur la « Prise en charge de la psychopathie. Recommandations. Mai 2006. p.9.

¹⁰ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Psychopathie_recos.pdf

Recommandation 5. Exclure les remises de peine de l'effectivité d'un suivi médical.

Recommandation 6. Prendre en considération la gravité de la situation de l'expertise psychiatrique pénale et y remédier.

Axe 4. Les moyens en personnels et en locaux

Le rapport de l'IGAS note avec raison que nous connaissons mal l'état de santé de la population pénale (Tableau 6) et rappelle que les dotations en personnel sont calculées sur la capacité théorique de l'établissement et non sur la présence réelle du nombre de personnes détenues.

D'importantes disparités et insuffisances dans l'offre de soins ont été constatées [...]. Ainsi, 22 % des postes de spécialistes budgétés ne sont pas pourvus et 15,5 % des postes budgétés de psychiatres ne sont pas pourvus, avec des effets de concentration dans certaines unités sanitaires [...]. Pour les dentistes, 21 unités sanitaires ont fonctionné avec moins de 50 % de leurs postes budgétés. » Les disparités sont fortes, « avec des écarts constatés de 1 à 3, pouvant aller de 1 à 7 pour les infirmiers somatiques (sans que les enjeux de démographie médicale puissent expliquer ces disparités) et de 1 à 16 pour les kinésithérapeutes »

Tableau 6. Rapport IGAS, p. 5.

Enfin, ce rapport relève aussi que les conditions matérielles de fonctionnement des USMP pâtissent de locaux qui demeurent globalement sous-dotés, singulièrement en maisons d'arrêt et centres pénitentiaires : les surfaces réelles sont 30 à 40 % inférieures en moyenne aux recommandations de l'ANAP. De même, le développement des systèmes d'information est inégal et largement insuffisant pour garantir la qualité des soins. Ces insuffisances ont pour conséquence l'impossibilité pour les équipes de développer un projet de santé à la hauteur des enjeux et de leurs missions, notamment les actions d'éducation à la santé.

L'étude de l'état de santé de la population carcérale ne peut être faite qu'en sus, en finançant des postes dédiés à cette étude, puisqu'actuellement l'offre de soins minimale n'arrive déjà pas à être fournie aux patients détenus. L'IGAS rappelle par exemple « l'absence de dentistes pendant plusieurs mois dans certains établissements visités » (p. 5).

Recommandation 7. Lancer une politique incitative de recrutement des personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus et déterminer les effectifs sur la capacité réelle des établissements pénitentiaires et non sur la capacité théorique.

Recommandation 8. Faire établir par les ARS un recensement précis des locaux et lancer les rénovations qui s'imposent.

Recommandation 9. Lancer qu'une politique incitative permette le recrutement de personnels

de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus.

Axe 5. Le financement

La question de moyens est directement liée à celle du financement. L'IGAS remarque que « le financement de l'offre de soins en faveur des personnes détenues demeure complexe et peu lisible », source d'inégalités (p. 8).

Pour les soins somatiques, ce financement est assuré majoritairement par les MIG et la T2A, mais avec des schémas très différents selon les régions.

Pour les soins psychiatriques, le financement est assuré par une DAF.

La lisibilité des financements s'avère particulièrement opaque.

Les politiques de financement doivent tenir compte du retentissement des sous-effectifs en personnel sur le respect des droits fondamentaux, comme nous l'avons exposé lors de l'audition de l'APSEP et de l'ASPMP par le Contrôle Général des Lieux de Privation de Liberté le 15 décembre 2016.

Recommandation 10. La lisibilité des financements s'impose.

Recommandation 11. Lancer une politique incitative qui permette le recrutement de personnels de santé dans les établissements dont les postes budgétés ne sont pas pourvus.

Recommandation 12. Le groupe de travail piloté par le ministère de la Santé relatif aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire doit tenir compte de la réalité de terrain, des difficultés de facturations, de l'évolution des pratiques en prenant en considération les actes non facturables et chronophages comme la prévention, l'éducation thérapeutique et les temps de synthèse et d'élaboration clinique collective...

Recommandation 13. Définir un axe budgétaire clair sur les effectifs sanitaires de préparation à la sortie, de liaison avec le secteur de psychiatrie générale, les structures sanitaires ou médicosociales du dehors, sur le modèle de ce qui a été pensé pour les CSAPA.

Axe 6. L'accès aux soins

Outre le manque de moyen parfois criant sur certaines parties du territoire, l'accès aux soins est aussi limité par les difficultés d'extraction médicale lorsque des soins intra ou extrahospitaliers sont justifiés. L'Administration pénitentiaire ne réalise que 80 % des extractions dont elle a la charge. (IGAS, p. 9). Cela peut limiter le recours aux plateaux techniques et avis spécialisés allongeant les délais de prise en charge.

L'accès au soin est également rendu compliqué par l'organisation judiciaire quand une personne doit être hospitalisée sur une courte durée (moins de 48 heures) dans une chambre plus ou moins dédiée du centre hospitalier de référence. La garde statique, assurée par la police nationale, a pour conséquence fréquente des pressions sur les soignants pour une sortie rapide, afin de lever cette garde, au risque de mettre en danger la santé de la personne détenue qui va revenir trop tôt en milieu carcéral.

L'accès aux soins est également contraint à l'intérieur de la prison. :

- Du fait d'un registre organisationnel : les difficultés de l'Administration pénitentiaire à gérer les mouvements en détention, par manque de moyens humains, bloquent régulièrement l'accès des personnes détenues aux unités sanitaires.
- Du fait du régime d'hébergement pénitentiaire. Les quartiers disciplinaires et d'isolement sont ainsi des facteurs reconnus du risque suicidaire. Pourtant, depuis ces quartiers, les patients ne peuvent accéder à des soins médiatisés de groupe pour des raisons sécuritaires. Là où le risque suicidaire est augmenté, l'offre de soin est paradoxalement diminuée.

Recommandation 14. L'accès aux soins ne doit souffrir d'aucun délai ni d'aucune restriction, y compris à partir des quartiers d'isolement et disciplinaires.

Du fait des contraintes de l'administration pénitentiaire, notamment liées aux ordres de transferts nationaux, ou au transport pénitentiaire, des hospitalisations psychiatriques nécessaires sont retardées, voire suspendues, avec une perte de chance pour les patients. Il en va de même pour les sorties de l'UHSA et les patients détenus sont fréquemment soumis à des hospitalisations arbitraires, totalement illégales. La réponse médicale est écrasée par les restrictions émanant de l'Administration pénitentiaire.

Recommandation 15. L'évaluation participative et plurifactorielle des UHSA à l'issue du déploiement de la première tranche avant celui de la deuxième tranche est une nouvelle fois demandée, comme cela vient de le rappeler un courrier à la ministre de la Santé.

Axe 7. La protection sociale

« L'affiliation à la protection sociale des personnes détenues n'est « ni automatique ni fluide », note encore l'IGAS (p. 8).

La loi de 1994 sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues définit l'immatriculation systématique des personnes lorsqu'elles arrivent en incarcération. Le guide méthodologique précise que cette immatriculation doit être réalisée dans les 5 jours ouvrés.

Dans la réalité, elle n'est effective que dans quelques établissements. La multiplicité des organisations locales aboutit à une inégalité d'accès aux soins pour les personnes détenues dans de nombreuses régions, ayant pour conséquences l'absence de continuité des soins et une précarisation à la sortie d'incarcération.

Recommandation 16. La Puissance publique doit impérativement organiser le plus rapidement possible les modalités d'affiliation immédiate des personnes détenues afin que toutes disposent d'une protection sociale.

Recommandation 17. Les conventions locales entre les centres hospitaliers, l'Administration pénitentiaire et les caisses primaires d'assurance maladie doivent être signées en application de la directive de 2016.

Recommandation 18. Une ou deux CPAM sur le territoire devraient être référentes en matière d'immatriculation des personnes détenues à des fins d'homogénéisation des situations administratives.

Axe 8. La suspension de peine et de détention provisoire pour raison médicale et incompatibilité avec la détention

Les modifications apportées par les articles 50 et 51 de la loi du 15 Aout 2014 relatives à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales clarifient l'accessibilité à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons somatiques et psychiatriques.

Pour autant, il semble que ces mesures soient encore peu appliquées et les statistiques qui les concernent ne sont pas connues en distinguant personnes prévenues et condamnées :

- Nombre de mesures somatiques et psychiatriques accordées ;
- Nombre de mesures demandées et non accordées et les motivations en cas de refus ;
- Délais ente la demande et l'effectivité de la mesure ;
- Dénombrement des demandes selon les deux indications : pronostic vital engagé ou incompatibilité durable avec la détention ;
- Situation des personnes ayant bénéficié de la mesure ;
- Etc.

Recommandation 19. Rendre publiques les statistiques relatives aux suspensions de détention

provisoire ou de peine pour raisons médicales.

Mais elles maintiennent certaines contradictions majeures :

- Des patients les plus lourdement atteints par la pathologie psychiatrique, dont la répétition d'accès aux soins d'UHSA en SDRE contraindra les possibilités d'accès à cette mesure ;
- Mais aussi, la confusion qui persiste dans la façon de considérer le lien entre la pathologie psychiatrique et la dangerosité.

Il conviendrait également très sérieusement d'évaluer la situation préoccupante des personnes incarcérées à la **maison centrale de Château-Thierry**, qui « *présentent de très lourdes difficultés psychopathologiques* »¹¹ et dont il y a de fortes présomptions pour considérer que nombre d'entre elles pourraient relever d'une suspension de peine pour raison psychiatrique.

Recommandation 20. Evaluer la situation des personnes détenues à la maison centrale de Château-Thierry, notamment au regard de leur accessibilité à une suspension de peine pour raisons psychiatriques.

L'ASPMP et l'APSEP demandent au ministre de la Santé une information sur les intentions de l'exécutif pour donner suite aux conclusions du rapport de 2013 sur la suspension de peine pour raisons médicale¹²s qui devait amener la perspective d'une poursuite de ce travail impliquant les professionnels de terrain avec l'élaboration d'un guide méthodologique pour mettre en œuvre ces mesures.

Recommandation 21. Mettre en place le groupe de travail pour l'élaboration participative du guide méthodologique relatif à la suspension de peine ou de détention provisoire pour raisons médicales comme annoncé dans le groupe de travail consacré à ce sujet en 2013.

9. Épidémiologie et recherche en soins en milieu pénitentiaire

Le rapport IGAS insiste sur le fait que la connaissance épidémiologique et le suivi des personnes détenues restent très lacunaires (p.24).

Une politique de soins ne peut effectivement être établie de manière sérieuse sans connaître le

¹¹ <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/03/Rapport-de-visite-Chateau-Thierry.pdf>

¹² Groupe de travail Santé-Justice. *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale* ». http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_amenagement_suspensions_peine_raison_medic.pdf

plus précisément possible l'état de santé des personnes détenues. Il appartient au ministère de la Santé de se doter des moyens techniques et scientifiques nécessaires pour procéder à des études épidémiologiques de grande envergure.

Outre les moyens de l'État, une meilleure connaissance des parcours de santé des personnes détenues et des pathologies rencontrées pourrait être complétée par des programmes de recherche, notamment en psychiatrie où la recherche est souvent dénoncée comme étant insuffisante ou bien en addictologie, notamment en ce qui concerne la réduction des risques, qui reste un sujet sensible en milieu pénitentiaire et en même temps particulièrement critique en termes de santé publique.

Recommandation 22. Se donner les moyens de l'évaluation épidémiologique relative à la santé des personnes détenues.

Recommandation 23. Inclure dans les appels à projets des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) des thématiques relatives à la santé des personnes détenues.

10. Le Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP)

La loi de 1985 et le décret de 1986 ont légalisé le principe du Secteur de psychiatrie dont l'existence jusqu'à ces dates ne reposait que sur la circulaire de 1960. Le Secteur de psychiatrie est une organisation des soins structurée autour d'une consultation ambulatoire, le centre médico-psychologique, permettant d'assurer un soin de proximité au cœur même de la Cité. L'équipe du Secteur assure sur un territoire donné l'ensemble des soins hospitaliers et extrahospitaliers et assure les liaisons indispensables avec les autres acteurs sanitaires (médecins libéraux) et médico-sociaux et sociaux.

La légalisation en 1985 du Secteur a permis aussi la création du Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui s'ajoute ainsi au secteur de psychiatrie générale et au secteur de pédopsychiatrie installé en 1972 (Tableau 7).

Les secteurs psychiatriques prévus à [l'article L. 3221-4](#) sont appelés :

- 1° Secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans ;
- 2° Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale des

enfants et adolescents ; chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale ;
3° Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

Tableau 7. Le secteur de psychiatrie. Article R3221-21 CSP.

La loi HPST de 2009 a mis à mal le Secteur de psychiatrie. La LMSS de 2016 l'a timidement restauré au sein de son article 69 (Tableau 8). Lorsqu'une loi modifie profondément les dispositions précédentes, les textes d'application qui en émanent sont le plus souvent remaniés.

Qu'en est-il de l'article R 3221-1 du CSP qui définit ainsi le secteur de psychiatrie, et notamment en milieu pénitentiaire ? Reste-t-il en l'état ? En effet, l'article 69 de la LMSS parle du secteur en général, fait une brève allusion au secteur de pédopsychiatrie, mais n'évoque aucunement le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Tableau 8).

Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés **secteurs de psychiatrie**.

Tableau 8. Le secteur de psychiatrie dans la LMSS, article 69 (extraits).

L'ASPMP a interrogé la ministre de la Santé sur ce point précis, mais n'a pas reçu de réponses. L'ASPMP renouvelle à nouveau cette question : qu'en est-il du Secteur de psychiatrie et plus spécifiquement du Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Recommandation 24. L'ASPMP demande au ministère de la Santé de se positionner précisément sur la place du Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le paysage sanitaire.

**Rapport du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
sur la Psychiatrie publique
Octobre 2017
Isabelle MONTET secrétaire générale
Avec les contributions de M. David, P. Jean-François, A.S. Pernel, G. Rossinelli**

Précisions le rapport qui va suivre respecte la pagination du document original et débute p.1

PSYCHIATRIE PUBLIQUE 2018



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

1. LA PSYCHIATRIE, UNE DISCIPLINE MEDICALE DIFFERENTE	3
1.1 Sous influence de l'antipsychiatrie et des choix politiques.....	3
1.2 Carte d'identité.....	4
1.2.1 Une offre de soins majoritairement publique, mixte pour la pédopsychiatrie	4
1.2.2 Des soins d'abord ambulatoires et nécessairement diversifiés	5
1.2.3 Pour des différences entre les régions, des différences d'organisations	5
1.3. Une discipline avec des équipes pluri professionnelles et des réseaux	5
Motion SPH Politique de santé en pédopsychiatrie.....	5
1.4. La contrainte pour soigner.....	6
1.4.1 Les soins sans consentement	7
2.2.2. Recours à l'isolement et à la contention	8
2.2.2.1. De l'article 72 aux recommandations HAS.....	8
2.2.2.2. Instruction DGOS	9
■ Motion SPH	10
1.5. Punir et soigner.....	10
1.5.1 Les soins psychiatriques en prison : des enjeux déontologiques, éthiques et politiques.....	10
1.5.2 Les soins sous contraintes judiciaires : quelle évaluation ?.....	11
1.5.2.1. L'injonction de soins (IS)	11
1.5.2.2. L'obligation de soins (OS).....	11
1.5.2.3. L'injonction thérapeutique	12
1.6. Déstigmatiser ?	12
1.7. Questions de formation	13
■ Motion SPH	13
2. PROBLEMES	14
2.1 Croissance de la file active, diminution des effectifs.....	14
2.1.1 Infirmiers et autres professionnels : baisse du temps personnel disponible auprès du patient 14	
2.1.2 Psychiatres hospitaliers : des postes vacants, des praticiens vieillissants, peu de PUPH.....	14
■ Motion SPH	15
2.2 Casse-tête législatif et jurisprudence	16
2.2.1 Les chiffres des saisines.....	17
2.2.2 Effets de jurisprudence	18
2.2.3 Droits des patients, risques et responsabilités	19
2.3. Expertiser : toujours plus de demandes et des obstacles.....	20
2.3.1 Formation et inscription	21
2.3.2 Rémunérations.....	21
2.3.3 Clarifier les textes	21
■ Motion SPH	22
2.4. Des coûts mal cernés.....	22
2.5. Faire évoluer le financement	23
2.5.1 DAF.....	23
2.5.2 Modulation des DAF	25
■ Motion SPH	26
3. LA PSYCHIATRIE DANS LES REFORMES	26
3.1 Des réformes hospitalières successives et la fin d'une organisation spécifique.....	26
3.2 Le secteur dans les nouvelles organisations sanitaires	27
3.2.1 Le secteur, c'est quel niveau de recours ?.....	27
3.2.2 Le secteur de psychiatrie : soin primaire ou hospitalier ?.....	28
3.2.2.1. Les soins primaires.....	28
3.2.2.2. Dans les groupements hospitaliers de territoire	28
3.2.3 Secteurs psychiatriques et parcours de soins, de santé, et de vie	30
3.3. De l'importance des communautés psychiatriques de territoires	32
■ Motion SPH	33
4. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	33

La santé mentale constitue un enjeu de santé publique : c'est ainsi que commencent la majorité et nombreux rapports sur la psychiatrie de ces dernières années. Pour le rapport Robiliard : une personne sur quatre est susceptible de développer un trouble au cours de sa vie, 1% de la population française souffre de schizophrénie, 2% présentent des troubles de l'humeur et le taux de suicide, cause de 11 000 décès par an en France, est l'un des plus élevés d'Europe.

L'importance du coût économique, sanitaire et social, est un autre argument avancé pour justifier de l'intérêt des politiques pour la santé mentale : 107 milliards d'euros par an selon la Cour des Comptes dans son rapport d'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale.

L'édition 2017 de la DREES sur « Les établissements de santé » montre qu'en 2015 les établissements de santé autorisés en psychiatrie n'ont pas été inactifs : 2 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 420 000 en hospitalisation. En 2015, 461 000 enfants et adolescents ont été pris en charge en ambulatoire, 42 000 en hospitalisation partielle ou complète, nombre en augmentation régulière qui a doublé depuis 1986, et a augmenté de 22% entre 2007 et 2014.

Pour les adultes, les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques représentent la majorité des prises en charge avec des différences selon le mode de prise en charge : le diagnostic de schizophrénie est le motif le plus fréquent de recours à l'hospitalisation chez les hommes (24 %), les femmes sont davantage hospitalisées pour des troubles de l'humeur (38 %) ; en ambulatoire, les motifs de recours font davantage intervenir des diagnostics relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé, dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales (surreprésentation des femmes pour les diagnostics de troubles névrotiques, et des hommes pour les troubles du développement psychologique ou les troubles du comportement.

Pour la pédopsychiatrie, selon les chiffres de la DREES, la file active cumulée dans toutes les structures (publiques, associatives et privées) arrive à près de un million de jeunes : les troubles du comportement et troubles émotionnels constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire ; pour les prises en charge hospitalières, principalement effectuées en hospitalisation de jour, la majorité des diagnostics sont les troubles du développement psychologique.

1. LA PSYCHIATRIE, UNE DISCIPLINE MEDICALE DIFFERENTE

Le rapport de la DREES de 2017 sur les établissements de santé souligne que « *la psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales: faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc.* ». Des singularités imprègnent bien plus profondément la discipline et orientent ses représentations, considérées avec une ambivalence qui n'est pas sans conséquences sur les décisions qui la touchent.

1.1 Sous influence de l'antipsychiatrie et des choix politiques

Dans son étude sur les antipsychiatries, le professeur Jacques Hochmann évoque sa perplexité de voir au fil des années évoluer de manière négative le regard de l'opinion publique sur la psychiatrie, mais aussi des pouvoirs publics, alors que pourtant, la psychiatrie commençait à bénéficier du renouveau des années soixante et des effets de la psychothérapie institutionnelle, et que le discours « psy » était attendu sur tous les sujets de société. En examinant l'histoire de la psychiatrie dans ses contextes politiques et de société, il fait l'hypothèse que l'époque contemporaine vit un nouvel épisode du procès en légitimité fait à la psychiatrie depuis ses origines et que l'histoire de la psychiatrie est aussi celle de l'antipsychiatrie, façonnée au gré des attaques et des réactions de défense mais aussi des modèles théoriques dominants. Il suggère ainsi que l'antipsychiatrie est indissociable de la psychiatrie, nichée dans ses paradoxes originels :

- la psychiatrie s'adresse à un sujet, humain semblable qui est aussi un autre, un aliéné livré à une force étrangère à la raison.
- c'est une médecine sans lésion, en dépit des progrès des explorations des neurosciences
- c'est une médecine qui doit concilier soins à la personne et protection de la société, dans des intérêts parfois contraires

Née en Angleterre sous la forme d'un désaliénisme radical, l'antipsychiatrie comme mouvement, a touché la France sur le terreau favorable de la contestation de mai 68. Le secteur prenait alors son essor marqué d'influences disparates, nourri de psychothérapie institutionnelle, de marxisme et de psychanalyse. La place donnée au groupe, la reconnaissance des soignés comme sujets et leur participation dans la gestion commune, ont influencé la création de nouvelles formes de prise en charge psychiatrique hors de l'hôpital. Des lieux de vie, des structures communautaires, des appartements thérapeutiques, des placements familiaux ont fait la psychiatrie communautaire. Et aussi quelques excès vers les dérives sectaires.

Quelques années plus tard, un mouvement inverse touche la psychiatrie, venu des Etats-Unis dans les années 80, en réponse à plusieurs attaques cumulées contre la psychiatrie :

- l'influence de l'antipsychiatrie qui a marqué philosophes et sociologues ramenant la maladie mentale à un mythe, instrument d'oppression.
- la remise en cause de la psychanalyse, dont les théories freudiennes sur la sexualité ont été associées par les groupes de pressions homosexuels ou féministes à un instrument de domination.
- la vision pragmatique de l'administration Reagan qui a vu dans la désinstitutionnalisation le moyen de réduire les coûts
- la demande de l'opinion et des pouvoirs publics de disposer de méthodes thérapeutiques rapides pour répondre aux besoins de réussite des individus, face à la psychanalyse jugée décevante par ses délais d'action

Face aux critiques, les psychiatres américains sont revenus en force vers le modèle médical et biologique, tandis que l'influence de l'industrie pharmaceutique attirée par le marché que représentait la psychiatrie biologique s'est faite croissante. Le besoin de consolider les savoirs par des études épidémiologiques et de réaliser des échelles d'efficacité a paru indispensable, jusqu'à la création d'une nouvelle classification qui, établie selon des critères et des axes de symptômes, évitait d'avoir à choisir parmi les différentes théories de la psychiatrie: le DSM était né, et la psychiatrie aux allures plus scientifiques a repris le dessus comme réponse à l'antipsychiatrie.

L'antipsychiatrie de l'époque est également alimentée par les mouvements de groupes d'usagers, familles et associations de malades, qui revendiquent un pouvoir d'agir contre une psychiatrie aux savoirs jugés incertains et aux pouvoirs répressifs, tout en réclamant la reconnaissance des droits sociaux à travers la notion de handicap. Le pouvoir d'agir que revendiquent les associations s'est inscrit dans une idéologie utilisée dans les années 60 aux Etats-Unis, en psychologie communautaire, devenue l'empowerment. Sous cette nouvelle influence, la réadaptation dont se chargeait en France la politique de secteur psychiatrique devient rétablissement et réhabilitation psychosociale, pour offrir davantage de place aux patients eux-mêmes dans leur consolidation.

Aujourd'hui, l'antipsychiatrie mêle ces différentes influences, de manière toujours paradoxale, et infléchit les choix politiques visant la psychiatrie. Les propos des parlementaires font ressurgir aisément les clichés sur une psychiatrie asilaire, comme lors des débats sur la réforme de la loi de 2011 sur les soins sans consentement, et les amalgames entre dangerosité et maladie mentale lors de faits divers ou des événements terroristes. Plus agressif, le projet de loi pour la prise en charge de l'autisme déposé en 2017 par un député n'hésite pas à exposer comme argument des liens supposés entre psychiatrie, psychanalyse et maltraitance.

L'observation des évolutions législatives concernant la psychiatrie souligne la contradiction du monde politique sur la question de la santé mentale. Les rapports et les plans nationaux sur la psychiatrie proposent des ouvertures qui sont en contradiction avec d'autres décisions prises rapidement, souvent en lien avec des événements tragiques, et vont dans le sens d'un renforcement de la sécurité : à l'exception de la période d'instauration du secteur, l'approche politique de la psychiatrie est d'abord sécuritaire.

1.2 Carte d'identité

1.2.1 Une offre de soins majoritairement publique, mixte pour la pédopsychiatrie

Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 621 établissements de santé ont une prise en charge hospitalière en psychiatrie, plus de la moitié appartient au secteur public. Le secteur public assure la quasi-totalité de l'offre ambulatoire en psychiatrie.

En 2011, 829 secteurs de psychiatrie générale, 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, aux activités desquels s'ajoutent celles des secteurs ayant passé une convention avec des établissements pénitentiaires et celles

des UHSA.

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif avec 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2014.

Selon les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), les psychiatres déclarant une compétence en pédopsychiatrie sont plus fréquemment d'exercice libéral que pour la psychiatrie « adultes », 48% ayant un exercice de salariés, 38% d'exercice libéral.

1.2.2 Des soins d'abord ambulatoires et nécessairement diversifiés

80% des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement en ambulatoire ce qui a représenté en 2015, plus de 21 millions d'actes. La majorité est assurée par les CMP.

Comparée à la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par l'importance des prises en charge à temps partiel, solution privilégiée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial.

Les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale n'ont cessé de diminuer : 72 000 lits en 1997, 57 000 lits en 2015. Comparativement, la diminution du nombre de lits qui concerne la MCO a été beaucoup moins importante, où la baisse concerne surtout le nombre de lits de longue durée (SLD) transformés en lits d'EHPAD qui relèvent alors des établissements médico-sociaux.

La durée moyenne de séjour a été divisée par 3,7 en psychiatrie entre 1980 et 2011 alors qu'elle a été divisée par 2 en MCO ; pendant la période 1990-2011, la durée moyenne des séjours a été réduite de 55 à 29 jours.

1.2.3 Pour des différences entre les régions, des différences d'organisations

L'évaluation de l'activité en psychiatrie se heurte à la difficulté de comparer des secteurs dont les évolutions ont été hétérogènes depuis la circulaire de 1960. Aux différences d'organisation s'ajoutent les inégalités de moyens en temps médicaux et paramédicaux, en équipements (différences de 1 à 13 pour les lits et places en psychiatrie adulte), les inégalités d'environnement et l'appui ou non d'établissements privés et associatifs dans le département ou la région.

Psychiatrie générale : pour l'hospitalisation à temps complet ou partiel, la densité nationale moyenne en lits est de 142 pour 100 000 habitants en 2015, plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France. L'offre de soins ambulatoires varie de 1 structure pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir à 28 structures pour 100 000 habitants en Lozère.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, l'offre de soins en hospitalisation complète, pour un nombre de lits moyen de 13,8 pour 100 000 jeunes de 0 à 19 ans, est très inégalement répartie : dix départements ne comptent aucun lit (Martinique, Mayotte, la Manche, l'Eure, la Creuse, les Côtes-d'Armor, la Corrèze, l'Aube, l'Ardèche et les Alpes-de-Haute-Provence) alors que le ratio s'élève à 120 dans les Hautes-Alpes.

1.3. Une discipline avec des équipes pluri professionnelles et des réseaux

En 2011, les professionnels non médicaux représentaient 72 600 ETP en France métropolitaine et étaient composés à 65% d'infirmiers et de cadres, 24 % d'aides-soignants, 5 % de psychologues et 6 % de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux. Entre les territoires de santé (ou départements), cette densité varie fortement de moins de 109 ETP pour 100 000 habitants dans un cinquième des territoires, au double dans un autre cinquième.

Cette règle est particulièrement vraie pour la pédopsychiatrie qui doit aborder la globalité de l'enfant, bébé ou adolescent, dans sa dimension de développement individuel et de contexte familial, et qui doit compléter les soins par un recours en pluridisciplinarité à d'autres professions (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues,...) et en partenariat avec d'autres intervenants institutionnels (éducation nationale, PMI, ASE, ...).

Motion SPH Politique de santé en pédopsychiatrie

Le SPH, dans sa contribution à la mission sénatoriale sur la psychiatrie des mineurs, souligne la nécessité:

- D'une réelle politique de santé publique concernant les besoins fondamentaux des très jeunes enfants (0-3 ans) et la parentalité, les populations vivant dans la précarité, et les enfants relevant de la protection de l'enfance
- De l'ouverture d'unités d'hospitalisation pédopsychiatriques sur chaque territoire, afin de permettre des hospitalisations pour des soins intensifs dans les situations aiguës, et d'éviter les admissions d'enfants et d'adolescents dans les secteurs adultes
- De la création d'unités d'hospitalisation prenant en compte les spécificités de la clinique des grands adolescents et des adultes jeunes, dans une perspective de continuité des soins et de collaboration pédopsychiatrie / psychiatrie des adultes
- Du remboursement des prestations libérales, prescrites par les pédopsychiatres, des psychomotriciens (sur le modèle des orthophonistes) et des psychologues pour un nombre de séances suffisant.

La pédopsychiatrie doit pouvoir se consacrer à ses missions spécifiques: diagnostics, diagnostics différentiels, évaluations, coordination, soins complexes...

Formation de Psychiatrie de L'Enfant et Adolescent (PEA)

Le SPH, attentif aux revendications des internes et soucieux de l'avenir de la spécialité de psychiatrie infanto-juvénile, critique certaines particularités de la nouvelle maquette de la formation des internes en psychiatrie (avril 2017):

- un seul semestre de PEA obligatoire pour le DES de psychiatrie de l'adulte est insuffisant
- Il faut suffisamment de postes en PEA pour que les internes de la phase socle aient tous fait un stage de PEA (le choix de l'option PEA doit se faire tôt dans l'internat).
- Rappelons que 6 semestres dans la spécialité sont requis dans la réglementation européenne. La maquette française n'exige que 4 semestres.

Le SPH demande une augmentation du nombre de postes d'internes en PEA et deux semestres de pédopsychiatrie

Chaque CHU doit disposer de au moins un professeur de psychiatrie infanto-juvénile

Statuts des membres de l'équipe de pédopsychiatrie

L'exercice de la psychiatrie infanto-juvénile repose sur la pluridisciplinarité des équipes. Le SPH alerte sur les difficultés majeures de recrutement des orthophonistes à l'hôpital public et soutient les revendications des orthophonistes hospitaliers dans la revalorisation de leur statut à hauteur de leur formation niveau master

1.4.La contrainte pour soigner

La contrainte aux soins en psychiatrie a été institutionnalisée par une loi en 1838, créant du même coup des établissements de santé spécifiques pour la mettre en pratique, et avec eux une première planification sanitaire et une identité médicale reconnue à la discipline. En 2017, plusieurs modalités de soins psychiatriques sans consentement ou obligés sont fixées, selon des dispositions du Code de la Santé publique, du Code Pénal, et du Code Civil.

- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) qui remplacent et étendent les anciennes hospitalisations d'office aux autres modalités de soins à temps partiel et ambulatoires. L'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public en sont des caractéristiques.
- Les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) étendent également la contrainte à l'ambulatoire. Deux conditions sont nécessaires : des troubles qui rendent impossible le consentement et un état qui impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en hospitalisation complète ou une surveillance médicale régulière en ambulatoire ou à temps partiel.
- Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Les statistiques montrent que cette modalité de soins, en progression, est détournée de son objectif.

Certaines populations de patients entrent dans des procédures spécifiques au sein des SDRE :

- Les soins psychiatriques à destination des personnes déclarées irresponsables pénalement doivent assurer un suivi renforcé.
- Les soins psychiatriques des personnes détenues (D398 du CPP et SDRE article L3214-3) sont spécifiques des personnes incarcérées qui nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible leur consentement et constituant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Les soins se font le plus souvent au sein des services de psychiatrie générale. La loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) dont le programme d'ouverture a débuté en 2010. Les détenus peuvent y être également hospitalisés « librement ». Neuf sont ouvertes et offrent 440 places sur les 17 UHSA et 705 places prévues par l'arrêté du 20 juillet 2010.

Les mineurs peuvent également faire l'objet de soins sans consentement :

- en SDRE
- sur ordonnance de placement provisoire (OPP – articles 375-3 et 375-9 du code civil) par décision du juge des enfants ou décision en urgence du procureur avant saisine du juge des enfants

Les soins psychiatriques peuvent être décidés dans une procédure judiciaire :

- Injonction thérapeutique pour l'usage illicite de stupéfiants et consommation habituelle et excessive d'alcool, par le procureur (article L 3243-1 du CSP), par l'autorité judiciaire (L 3413-1 CSP)
- Obligation de soins en contrôle judiciaire pour une personne mise en examen (article 138 du code de procédure pénale), ou en régime de mise à l'épreuve pour une personne condamnée (article 132-45 du code pénal)
- Injonction de soins pour personne condamnée à un suivi socio-judiciaire (article 131-36-4 du Code pénal)

1.4.1. Les soins sans consentement

Il faut rappeler que les soins sans consentement ne constituent qu'une part restreinte des hospitalisations en psychiatrie puisque les soins libres représentent 90 % des admissions.

Selon l'IRDES, en 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli plus de 92000 personnes âgées de 16 ans ou plus en soins sans consentement, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie.

Cette population se différencie de celle prise en charge librement en psychiatrie par plusieurs aspects :

- Les hommes sont surreprésentés (60 % sans consentement contre 47 % parmi l'ensemble des personnes suivies en psychiatrie)
- Plus jeunes que les personnes suivies en psychiatrie générale (âge moyen de 43 ans, contre 47 ans en moyenne pour l'ensemble de la population suivie) ;
- Près de la moitié des personnes prises en charge sans consentement a reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques (contre 11 % des personnes suivies en psychiatrie) ; les troubles bipolaires (11 %) et troubles de la personnalité (8 %) sont également plus fréquents chez les personnes prises en charge sans leur consentement.

En 2010, avant la réforme de la loi du 27 juin 1990, 71 000 patients ont été hospitalisés sans leur consentement. Après la réforme de 2011, en 2015, c'est 12 000 personnes de plus qu'en 2012 qui ont été prises en charge en soins sans consentement en psychiatrie. Cette augmentation est d'abord liée aux programmes de soins qui étendent les modalités de prise en charge sans consentement aux soins ambulatoires et à temps partiel : le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement a augmenté du fait de l'allongement de la durée des soins sans consentement en dehors des murs de l'hôpital.

La plus forte augmentation a concerné les cas de péril imminent (SPI) qui ont plus que doublé depuis la mise en place de cette modalité : 19 500 personnes ont été admises en SPI en 2015 contre 8 500 en 2012. Initialement destinée aux personnes pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, la montée en charge de la mesure dépasse la procédure d'exception. 63 % des patients admis en SPI en 2015 sont passés par un service

d'urgence : les urgences sont le lieu principal d'initiation des SPI.

Les différences constatées entre les départements sur la proportion de SPI au sein des soins sans consentement questionnent les pratiques et le respect des libertés des personnes à travers la simplification des procédures d'admission.

2.2.2. Recours à l'isolement et à la contention

2.2.2.1. De l'article 72 aux recommandations HAS

Inspiré des recommandations de la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie de 2013, « mission Robiliard », un nouvel article a été introduit dans le projet de loi de Santé par l'adoption d'un amendement du député Denys Robiliard. Présenté comme un pas vers plus de transparence et donc vers un plus grand respect des droits des patients, l'article 72 de la loi de modernisation du système de santé et article L3222-5-1 du CSP, crée un encadrement juridique pour l'isolement et la contention.

Il définit dans quelles conditions la contention et l'isolement peuvent être pratiqués : solutions de derniers recours qui ne peuvent être mises en œuvre que dans le but de "prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui", et font l'objet d'une "surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin".

Il crée l'obligation pour les établissements assurant des soins psychiatriques sans consentement de tenir un registre retraçant pour chaque mesure d'isolement ou de contention "le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée ainsi que le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée" et d'établir chaque année un rapport rendant compte de ces pratiques et des actions mises en place pour en limiter le recours.

Cet article devait répondre aux critiques portées depuis quelques années sur ces pratiques dont l'augmentation est signalée, bien qu'aucune statistique ne puisse l'objectiver. La seule donnée accessible tient dans le pourcentage de journées à temps plein déclarées en isolement par les établissements dans le RIM-P : les chiffres montrent une augmentation (1,5% en 2008 à 1,9 % en 2012) et auraient concerné 28000 personnes en 2015. Mais rien sur la contention.

L'usage de l'isolement et de la contention ne faisait l'objet d'aucune réglementation et seul un référentiel ANAES de 1998 sans valeur de contrainte pouvait servir de cadre à leur pratique, dont les établissements s'étaient saisis de manière inégale pour établir des protocoles.

Préoccupation des rapports annuels du contrôleur général des lieux de privation de liberté, les raisons avancées pour expliquer leur usage sont également critiquées : non justifiées si la cause en est la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation et le manque de formation des infirmiers et des médecins, inacceptables lorsqu'elles sont utilisées comme sanctions. Une recommandation du CGLPL est formulée en 2009 pour que le recours à l'isolement et à la contention soit consigné dans un registre spécifique pour en faire le suivi. Un avis du CGLPL dénonçait la situation faite aux personnes détenues qui font l'objet d'un placement en chambre d'isolement quasi systématique, indépendamment de leur état de santé. Un rapport complet « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale » est publié par le CGLPL début 2016, quelques mois après la promulgation de la loi de modernisation du système de santé.

Les pratiques de contention et d'isolement y sont qualifiées de gravement attentatoires aux droits fondamentaux. Tout en signalant que la contention physique n'est pas l'apanage de la psychiatrie, avec notamment un usage fréquent dans les services d'urgence et en gériatrie, le rapport avertit que ces usages n'y sont pas traités puisque ces lieux et services ne relèvent pas de la compétence du CGLPL.

A propos du débat qui s'était exprimé sur le fait de savoir si la pratique d'isolement et de contention relevait d'une « décision » ou d'une « prescription » médicale, le rapport du CGLPL établit que le défaut de preuves sur leur efficacité thérapeutique est un argument pour trancher pour le terme « décision ». Un autre argument avancé pour privilégier le terme de « décision », est que le statut médical et juridique des pratiques s'en trouve changé : le rapport se réjouit de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif, puisque désormais dépourvue du caractère présupposé soignant qui s'attache à une prescription médicale.

C'est ce terme de décision qui a été également retenu dans la loi.

Pour ne pas négliger complètement le ressenti des équipes soignantes, le rapport préconise une supervision des équipes par des professionnels expérimentés pour faire face à la peur, l'inquiétude, au surmenage et à l'insuffisance des effectifs, facteurs de risque de débordement des patients. **La situation exceptionnelle de l'Islande qui a exclu la contention et l'isolement des pratiques psychiatriques est aussi exposée au regard de son taux de soignants, le plus élevé d'Europe : un soignant pour un patient.**

En février 2017, la HAS publie des recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale. Ces recommandations sont la réponse à une saisine par la DGS et la DGOS, visant à obtenir des recommandations pour répondre à la nécessité d'un encadrement plus rigoureux de ces mesures « *considérées comme indispensables dans certaines situations* » selon les termes de la saisine. La HAS expose qu'en l'absence d'étude ou de leur insuffisance de niveaux de preuve scientifique, la méthode retenue pour les établir repose sur un accord professionnel au sein du groupe de travail constitué et une consultation des parties prenantes, méthode qui ne permet pas d'établir de grade aux recommandations.

Il est également préconisé une réflexion à mener dans tous les autres lieux où existe une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non autorisés à l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, MCO, médico-social, USLD, etc.).

2.2.2.2. Instruction DGOS

Une instruction DGOS DGS est adressée aux établissements en mars 2017 pour préciser les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi et l'utilisation des données au sein de chaque établissement. L'instruction rappelle que l'article 72 de la loi de santé devait s'appliquer aux établissements dès la publication de la loi, en janvier 2016. Le registre est chargé de recenser les mesures de contention et d'isolement relatives aux patients qui font l'objet de soins sans consentement, différent de celui qui recense les mesures de soins sans consentement. Cette instruction reprend de fait l'essentiel des recommandations de la HAS :

- l'isolement se fait dans un espace dédié et aménagé ;
- le recensement dans un autre lieu « dans le cas d'une indisponibilité temporaire de l'espace dédié » et exceptionnel, doit être distinct ;
- la contention mécanique est réalisée dans le cadre d'une mesure d'isolement
- dans les cas où la contention est réalisée, à titre dérogatoire, en dehors de l'espace dédié, elles doivent être motivées dans le dossier médical et recensé de façon distincte de manière à permettre un plan d'action pour une mise en conformité des pratiques, en cas de répétition.

Le registre est un document administratif sous la responsabilité du directeur d'établissement. Son contenu mentionne l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé.

Les données du registre doivent servir :

- à produire un rapport annuel pour l'établissement qui rend compte des pratiques, de la politique d'établissement pour les réduire et de son évaluation ; le rapport doit être transmis à la commission des usagers, à l'ARS, à la CDSP
- à alimenter le RIM-P à partir de 2018, au-delà du simple recueil actuel portant sur l'utilisation des chambres d'isolement.
- Pour les ARS à mettre en œuvre une politique régionale de prévention du recours à la contention et à l'isolement. Les efforts menés en matière de prévention et de réduction de ces pratiques pourront être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- Pour la DGOS un recueil semestriel des indicateurs pour un suivi global et statistique du recours à la contention et à l'isolement.

Le SPH a protesté dès septembre 2016 avec l'ADESM sur le fait que les organisations professionnelles n'étaient pas associées aux travaux préparatoires de la publication de l'instruction, dénonçant les risques d'obtenir des consignes inapplicables car trop éloignées de la réalité et des conditions de travail des services. Une lecture des

recommandations avant leur adoption par le collège de la HAS a de ce fait été proposée aux organisations et la première séance d'installation du comité de pilotage de la psychiatrie a eu à examiner le projet d'instruction DGOS, en présence de la CGLPL invitée.

Les recommandations et les registres sont donc en cours d'installation dans les établissements sans qu'il ne soit prévu de plan d'accompagnement. Les espaces dédiés, les chambres d'apaisement, l'organisation des services et des personnels en nombre suffisant, les formations et l'appel aux supervisions des équipes, les actions pour améliorer « l'ambiance des services », reposent donc uniquement sur les établissements, qui rendront compte de leurs actions dans un rapport annuel.

L'ambiance sécuritaire installée par une certaine politique quelques années plus tôt est bien mentionnée dans le rapport du CGLPL comme élément d'explication du recours excessif à l'isolement et à la contention dans les services de psychiatrie. Les ambiances se nourrissent de nombre de choses impalpables mais à l'époque, les directives sécuritaires s'étaient accompagnées d'un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques de 70 millions d'euros pour créer des places d'isolement et des UHSA.

L'article 72 résulte du choix de passer par amendement la question de l'isolement et de la contention dans la loi de santé. **Cette stratégie a fait l'économie de l'étude d'impact qui depuis 2009 accompagne tout projet de loi. Face à l'ambition de réduire, voire faire disparaître ces pratiques, le sujet aurait pu mériter cet effort.**

▪ **Motion SPH**

Contraintes en psychiatrie

Le SPH réuni en assemblée générale à Toulouse le 4 octobre 2017 :

- rappelle que la mission principale de la psychiatrie est d'assurer les soins conformément au principe constitutionnel de protection de la santé.
- appelle à une veille et à un recensement des difficultés rencontrées et attend du Comité de pilotage de la psychiatrie un engagement fort dans l'évaluation de la loi.

Le SPH estime que ce travail doit associer professionnels de la santé (soignants et administratifs), de la justice (juges, avocats), les usagers et des universitaires du Droit

Le SPH demande des mesures à la hauteur d'un plan pour réduire le recours aux mesures de contention et d'isolement comportant notamment:

- Formation initiale et continue des personnels
- Moyens humains en nombre suffisant pour une proximité du temps soignant auprès des patients Soutien et analyse institutionnelle et clinique des pratiques
- Des moyens pour une amélioration des locaux pour une humanisation des lieux d'hospitalisation

Le SPH demande une loi spécifique à la psychiatrie, et l'abrogation de la loi actuelle du 5 juillet 2011.

1.5.Punir et soigner

1.5.1. Les soins psychiatriques en prison : des enjeux déontologiques, éthiques et politiques

Selon les chiffres du Ministère de la justice, 40% des détenus seraient atteints de syndromes dépressifs, 33% souffrent d'anxiété généralisée, 21% ont des troubles psychotiques et 7% sont schizophrènes. 8/10 hommes détenus sont atteints de troubles psychiatriques ou d'addictions. Le taux de suicide est 10 fois supérieur à celui de la population générale.

Pour y répondre, 26 services médico-psychologiques régionaux, 93 secteurs de psychiatrie qui interviennent dans les établissements pénitentiaires au sein des UCSA, et un programme de construction de 17 UHSA.

Depuis la création de la prison et de l'hôpital modernes, les débats sont ininterrompus sur la question de la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux en prison, en relation avec la difficulté de déterminer les limites claires entre ce qui relève de la pathologie mentale et de la déviance sociale. En conséquence, même si le ministère de la Santé et celui de la Justice tentent par des guides méthodologiques de clarifier les missions de chaque groupe professionnel, l'organisation de leurs soins et leur orientation soulèvent des enjeux quotidiens pour les professionnels, identitaires, moraux et éthiques :

- En milieu carcéral, le socle éthique sur lequel repose la pratique des soins psychiatriques est le consentement aux soins : le contexte de privation de liberté du monde pénitentiaire nécessite que le soin psychiatrique en milieu pénitentiaire reste un espace de relative liberté et d'intimité pour y placer sa confiance. Si des soins s'imposent et que le patient les refuse ou n'est pas en mesure de consentir, une hospitalisation est diligentée sur décision du préfet.

- Le contexte pénitentiaire a des conséquences sur les conditions de travail et la déontologie des soignants : hébergés dans les locaux gérés par l'administration pénitentiaire, les services ont à tenir compte des contraintes carcérales, avec ses rythmes, ses modalités de circulation, ses obligations sécuritaires, et la confidentialité d'une consultation ne peut y être garantie.

- Le personnel soignant en prison doit lutter pour maintenir deux principes indispensables à l'exercice des soins, l'indépendance et le secret professionnels. La participation obligatoire des soignants aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) les assigne à un rôle de pseudo auxiliaires de justice même si une circulaire de 2012 aux services pénitentiaires précise que « En aucun cas les propos échangés en CPU ne peuvent porter sur des informations couvertes par le secret médical ».

Les enjeux sont aussi politiques et économiques. Les tensions autour du mandat des équipes psychiatriques en milieu carcéral rejoignent les questions du financement de leurs moyens, et les choix politiques pour la prison s'inscrivent dans un mouvement de défense sociale qui peut avoir les atours humanistes du soin : ces considérations ont alimenté les débats sur la création des UHSA.

1.5.2. Les soins sous contraintes judiciaires : quelle évaluation ?

1.5.2.1. L'injonction de soins (IS)

Instaurée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, l'injonction de soins (IS) est une modalité du suivi socio-judiciaire qui a depuis été étendue par les lois de prévention de la récidive aux crimes et délits de l'article 706-47 du code de procédure pénale. Elle peut constituer une peine principale en matière correctionnelle, ou complémentaire en matière criminelle ou correctionnelle complétant une peine de prison. Ordonnée par une juridiction de jugement ou d'application des peines, après une expertise psychiatrique, elle s'exerce en milieu ouvert. Non respectée, elle peut conduire à une incarcération.

Elle sollicite plusieurs acteurs: le juge d'application des peines (JAP), le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et ses conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), un médecin coordonnateur (MC) et des thérapeutes, médecin traitant le plus souvent psychiatre ou psychologue, et les infirmiers dans les CMP selon la politique de soin de chaque institution.

Ce dispositif peine à se mettre en œuvre, souvent par **manque de médecins coordonnateurs**. Cette fonction, bien qu'ayant bénéficié de revalorisations tarifaires, n'attire pas car complexe, demandant des compétences cliniques et juridiques spécifiques et faisant craindre une mise en cause en cas de récidive délinquante du condamné. Le rapport de février 2011 de l'IGAS et de l'IGSJ relatif à l'évaluation du dispositif de l'IS recense environ 3800 mesures en cours et estime que le nombre moyen devrait se stabiliser autour de 7800 mesures d'ici quelques années. Les médecins coordonnateurs n'étaient que 237 en septembre 2011. Sans coordinateur, le dispositif est impossible. Avec un médecin coordonnateur, tous les problèmes ne sont pas résolus car il faut trouver des thérapeutes.

1.5.2.2. L'obligation de soins (OS)

Il s'agit d'une mesure prévue dans le code de procédure pénale depuis 1958. L'OS est prise par une juridiction, sans expertise préalable, en accompagnement d'un sursis avec mise à l'épreuve. Le décret du 23 décembre 2014 relatif à l'exécution des peines prévoit une mesure d'obligation de soins ordonnée en cas de trouble mental ayant altéré le discernement.

Le dispositif ne prévoit pas de médecin coordonnateur, donc pas d'articulation santé-justice. Les soignants sont souvent réticents à répondre à ces demandes qui semblent le plus souvent purement formelles afin d'obtenir une attestation de suivi, le patient disant venir à la demande du juge sans information précise et n'ayant que rarement une demande, même si l'indication peut être opportune. Les CMP encombrés par les soins habituels sont

réticents à utiliser les plages de consultations disponibles pour des personnes peu motivées.

Il est difficile d'apprécier le nombre et encore plus l'efficacité des mesures d'OS, croissantes. Il serait donc important que ces soins sous contraintes judiciaires puissent faire l'objet d'une évaluation en rapport avec les rôles et les moyens que la société veut lui octroyer.

1.5.2.3.L'injonction thérapeutique

Elle peut être décidée comme alternative aux poursuites pour le majeur et le mineur de 13 ans, comme peine complémentaire ou en modalité d'exécution d'une peine dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, pour les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive d'alcool.

Un médecin habilité autre que le soignant est désigné en qualité de médecin relais : après avoir procédé à une évaluation de la situation de la personne afin de vérifier si la mesure est opportune, il assure l'interface entre l'institution judiciaire et les soignants chargés de son suivi. Il informe ainsi l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation de dépendance de l'intéressé.

1.6.Déstigmatiser ?

La psychiatrie est la seule discipline médicale dont les patients font l'objet d'une stigmatisation de masse. Les enquêtes auprès de la population générale ou de l'image médiatique qui en est donnée montrent que la maladie mentale est associée le plus souvent à l'irresponsabilité, à l'incurabilité et à la dangerosité. Les effets des campagnes de déstigmatisation décidées depuis quelques années au niveau international sont toujours attendus: Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Helsinki en 2005, Commission Européenne et de son livre vert, European pact for mental health and well-being en 2008, Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 avec ses campagnes d'information du grand public sur la dépression et la schizophrénie.

L'image de la dangerosité semble être celle qui occupe le plus les opinions, même si le rapporteur de la loi du 5 juillet 2011 lui-même exposait que « la réalité, c'est que les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale... sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, 130 fois plus victimes de vols et ont vingt-cinq ans d'espérance de vie en moins que leurs concitoyens ». Le rapport en 2004 produit après les meurtres de Pau, « Violence et santé mentale » (Anne Lovell) montrait que 2,7 % seulement des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Mais les rapports parlementaires qui font le lien entre dangerosité et troubles mentaux sont plus nombreux: rapport «Santé, justice et dangerosité » en 2005, rapport «Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses » du Sénat en 2006, rapport du député Garraud en 2006 «Réponses à la dangerosité». La loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté fera envisager par certains parlementaires que la rétention puisse se faire à l'hôpital psychiatrique, avant que ne soient retenus les centres socio-médico-judiciaires. La loi prévention de la délinquance élaborée durant l'année 2006 projetait à l'instigation du ministre de l'intérieur Sarkozy, d'inclure un volet modifiant dans le code de la santé publique plusieurs articles sur les hospitalisations en psychiatrie, finalement retiré sous la pression des organisations professionnelles, syndicales et des associations.

La psychiatrie publique doit toujours évoluer entre la méfiance qu'elle inspire par les contraintes appliquées aux malades, et le reproche de ne pas assez contrôler la dangerosité des troubles mentaux : l'article 72 de la loi de santé pour réduire les pratiques d'isolement et de contention, glissé par simple amendement, a été voté par des parlementaires convaincus, sans qu'une étude d'impact n'ait eu à évaluer les besoins nécessaires pour que les recommandations soient réellement applicables. A l'opposé de cette sommation de faire disparaître la contrainte en psychiatrie, c'est le Ministre de l'Intérieur qui annonce quelques mois plus tard que les hôpitaux psychiatriques vont jouer un rôle dans la prévention du terrorisme, soutenu par un président de la République qui parle de la « libération » des malades des hôpitaux psychiatriques dans son discours aux préfets pour évoquer les risques de sorties de patients en programmes de soins.

Cette stigmatisation du malade touche par contamination les professionnels qui les prennent en charge, y compris dans les propos de certains personnages politiques : on se souvient du discours de Nicolas Sarkozy à Antony distribuant le sens des responsabilités et de la conscience des risques de manière non favorable aux soignants. « *Et vous êtes du côté du malade, mais si vous ne l'étiez pas, qui le serait ? C'est normal ! C'est le rôle des praticiens. C'est le rôle des soignants que d'être en quelque sorte inconditionnels du malade et de sa*

guérison. Mais je ne peux pas, moi, me mettre sur le même plan C'est dans la rencontre de nos deux responsabilités qu'on trouvera le bon équilibre ».

Parmi les conséquences, on peut relever que les représentations du travail de l'infirmier en psychiatrie sont négatives. Sa méconnaissance, sa dévalorisation de la part des soignants en soins généraux et les motivations des étudiants infirmiers à choisir cette discipline ont été ciblées dans une recherche action : les résultats font conclure à des représentations défavorables chez tous les soignants, avec un travail perçu comme générateur de perte de savoir technique, renvoyant à la violence, et à une moindre charge de travail.

Du côté médical, l'observation des choix de spécialités des étudiants en médecine montre que la psychiatrie fait partie des spécialités les moins prisées, classée cette année 2017 par indice d'attractivité en fin de liste avant la santé publique, la gériatrie, la biologie médicale, la médecine générale et la médecine du travail.

1.7. Questions de formation

Dans un contexte d'équivalence des diplômes au niveau européen pour permettre aux infirmiers de travailler dans tous les secteurs d'activité, l'arrêté du 23 mars 1992 crée le Diplôme d'Etat Polyvalent qui met fin à la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP). Pour compenser, le « décret de compétences » du 15 mars 1993 ajoute des actes spécifiques en psychiatrie, une circulaire DGS/DHOS du 10 juillet 2003 énonce des recommandations aux IFSI sur le renforcement de l'enseignement de la psychiatrie, et en 2004, un nouvel article R 4311-6 mentionne : « Dans le domaine de la santé mentale..., l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants : entretien d'accueil du patient et de son entourage, activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ; surveillance des personnes en chambre d'isolement, surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient ».

Le plan santé mentale 2005 a souligné le manque de formation des infirmiers en psychiatrie depuis la réforme de 1992 et préconise la création d'un groupe de travail sur une formation complémentaire pour les infirmières titulaires du DE venant travailler en psychiatrie. A l'issue de ce travail 2 circulaires paraissent :

- la circulaire du 8 juillet 2004 qui propose la mise en œuvre d'une formation complémentaire de 15 jours pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie ;
- la circulaire du 16 Janvier 2006 qui préconise la mise en place d'un tutorat pour les infirmiers nouvellement diplômés ou qui débent en psychiatrie

En 2009, le rapport COUTY constate que les professionnels issus de la formation générale connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques, et qu'il est très difficile de leur confier, des missions de première évaluation et d'orientation. Il reprend l'idée de créer un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie (master professionnel de spécialisation) et préconise la poursuite de la formation de consolidation des savoirs et du tutorat. Le rapport Milon de 2009 recommande également le master en psychiatrie.

En mars 2010, l'Ordre National Infirmier édite un rapport de synthèse et se positionne pour une formation de deux années après la formation initiale en master 1 (spécialisation clinique) et en master 2 (pratiques avancées).

▪ Motion SPH

Formation initiale, DPC

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux réuni en Assemblée générale le 4 octobre 2017 à Toulouse :
- rappelle la situation démographique alarmante de la profession psychiatrique, notamment en pédopsychiatrie et demande une augmentation du numérus clausus ainsi qu'un rétablissement du stage obligatoire en psychiatrie pour les étudiants en médecine.
- critiquent le rôle prépondérant des exigences scolaires de type ECN dans la sélection des futurs spécialistes, et en particulier des futurs psychiatres, et le développement du bachotage au détriment de la formation clinique initiale et du développement personnel.

Le SPH déplore que les praticiens hospitaliers non universitaires, hospitaliers et libéraux n'aient pas été associés à la réforme du 3ième cycle, et observent que la nouvelle formation s'applique de façon très variable et non sans heurt : en effet les psychiatres des hôpitaux participent à la formation des internes et demandent donc que leur

rôle d'enseignement soit reconnu dans leur exercice professionnel, et intégré dans les tableaux de service, en incluant en particulier les tâches de supervision requises pour la formation des internes.

Le SPH soutient la participation des psychiatres non universitaires, associés à l'enseignement et maîtres de stage aux commissions pédagogiques régionales, dans les commissions locales et régionales de coordination du DES, dans les commissions d'agrément et dans la commission de répartition régionale.

La place incontournable des généralistes aux différents temps des prises en charge, et le développement de la collaboration entre généralistes et psychiatres rendent nécessaire un enseignement clinique et une initiation à la thérapeutique psychiatrique pendant le 3^{ième} cycle des études de médecine générale.

La profession psychiatrique toute entière s'alarme des menaces qui pèsent sur la pédopsychiatrie et craint que la réforme actuelle aggrave encore la situation.

Le SPH rappelle le droit statutaire à la formation des praticiens hospitaliers et constate qu'il est sous-employé. Ce droit à la formation est pourtant un des éléments d'attractivité. Le SPH demande aux établissements d'informer les praticiens hospitaliers des budgets disponibles, en début d'année, pour l'exercice de ce droit.

Le SPH exige que les décrets consolidant l'action des Conseils Nationaux Professionnels soient rapidement publiés pour permettre aux professionnels d'exercer un rôle véritable dans l'organisation du DPC.

2. PROBLEMES

2.1 Croissance de la file active, diminution des effectifs

Selon la DREES, l'évolution de la file active des patients en psychiatrie de 1991 à 2003 montre une augmentation de 62% pour la psychiatrie générale et de 82% pour la psychiatrie infanto-juvénile. Elle augmente tous les ans pour les secteurs de 3 à 5 %.

2.1.1 Infirmiers et autres professionnels : baisse du temps personnel disponible auprès du patient

En 2011, les professionnels non médicaux représentaient 72 600 ETP en France métropolitaine et étaient composés à 65% d'infirmiers et de cadres, 24 % d'aides-soignants, 5 % de psychologues et 6 % de personnels de rééducation, éducatifs et sociaux.

Selon l'IRDES, en 2010 au sein du personnel non médical, ce sont les effectifs infirmiers, cadres supérieurs de santé, ergothérapeutes, agents des services hospitaliers et les autres personnels non médicaux affectés au secteur dont les effectifs ont le plus décru (- 8% à - 47% en quinze ans selon les catégories) tandis que ceux des psychologues, aides-soignants et secrétaires médicales ont vu leur nombre augmenter sur la période.

Rapportée à la forte croissance de la file active moyenne annuelle par secteur et à la réduction du temps de travail mise en place dans les établissements de santé en 2001, cette diminution renvoie à une baisse du temps de personnel disponible auprès du patient.

2.1.2 Psychiatres hospitaliers : des postes vacants, des praticiens vieillissants, peu de PUPH

Ils représentent 7,2% des emplois médicaux des établissements de santé publics et privés. L'âge moyen est de 51,1 ans en 2017, à dominante féminine.

- **Praticiens hospitaliers**

Au 1er janvier 2015, le centre national de gestion compte 5 451 praticiens hospitaliers exerçant en psychiatrie.

15 régions sur les 26 sont en dessous de la moyenne nationale de 8 PH pour 100 000 habitants. Le taux de vacance statutaire des PH temps plein en psychiatrie est de 27%. Pour les PH temps partiel, le taux de vacance statutaire s'établit à 46%.

Les sorties définitives du corps des praticiens hospitaliers temps plein sont principalement dues au départ à la retraite des PH.

- **Praticiens hospitalo-universitaires**

Au 1er janvier 2015, le CNG compte 92 hospitalo-universitaires en psychiatrie d'adultes et 31 en pédopsychiatrie. L'offre hospitalo-universitaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est que de 0,73% de professeurs parmi l'ensemble des professeurs de médecine. Plusieurs facultés sont dépourvues de professeurs en pédopsychiatrie susceptibles de former les internes: Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint-Etienne, Tours.

- **Autres statuts**

En 2015, les praticiens contractuels en psychiatrie sont 610 en CHU, et 2006 en CH. Tous statuts confondus, 39,5% sont affectés sur un poste de PH.

- **Motion SPH**

Statuts des médecins hospitaliers

1. ATTRACTIVITE DE LA PRATIQUE MEDICALE A L'HOPITAL

Après cinq années de combat syndical, un certain nombre de mesures d'attractivité ont été obtenues (prime d'engagement de carrière hospitalière, prime d'exercice territorial, revalorisation des astreintes et de l'indemnité d'engagement de service public exclusif).

Malgré ces avancées, le SPH s'interroge sur le suivi de la mise en œuvre du plan d'attractivité et de ses insuffisances. Il estime que l'attractivité n'est pas là et qu'il est nécessaire d'activer un comité de suivi national pour améliorer les dispositifs existants et élaborer d'autres mesures.

Le SPH exige Le renforcement des mesures d'attractivité en début et fin de carrière :

- Suppression des 5 premiers échelons de la carrière de praticien hospitalier
- Création d'un 14ème échelon

Du fait des conséquences sur l'exercice professionnel des praticiens de la création des GHT :

La prime d'exercice territorial doit être attribuée en fonction des projets médicaux territoriaux et ne pas être assujettie à des critères de distance kilométrique

Les modalités de décompte du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers

Le SPH exige que l'horarisation du temps de travail devienne la règle et le décompte en demi-journées l'exception. Même dans ce cas, le décompte en demi-journées ne peut s'exonérer d'un décompte global du temps de travail en heures, sans pour autant nécessiter des horaires fixes qui pourraient être préjudiciables à la souplesse d'organisation nécessaire à l'exercice de certaines spécialités. Le SPH propose, en lien avec les cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers, que 24 heures de temps de travail soient équivalentes à 5 demi-journées et non pas 4.

La mise en place d'un véritable plan de gestion des carrières médicales hospitalières, décliné en 3 phases : début, milieu et fin de carrière

- les débuts de carrière (attractivité, rémunération, accompagnement social, valences).
- les milieux de carrière (qualité de vie au travail, motivation, reconversion éventuelle, valences, engagement dans la vie institutionnelle).
- les fins de carrière (transmission du savoir, valences, retraite progressive, tuilage sur les postes).

L'extension du dispositif de retraite progressive aux personnels médicaux hospitaliers

- Le seul dispositif juridique de cessation progressive d'activité avant la retraite applicable aux praticiens hospitaliers est la retraite progressive. Ce choix est opposable si le PH le retient comme une manière de terminer sa carrière. Toutefois, il est nécessaire que ce dispositif soit étendu aux praticiens dont le temps de travail n'est pas décompté en heures.

Le pouvoir d'achat des PH doit être amélioré:

Le gouvernement a décidé le transfert des cotisations d'assurance maladie et chômage qui pèsent actuellement sur les salariés vers la CSG qui a une assiette plus large. Au 1er janvier 2018, la CSG va augmenter de 1,7%. Pour les salariés du secteur privé, cette augmentation sera compensée par une suppression des cotisations d'assurance maladie (0,75%) et chômage (2,4%).

Puisque les praticiens hospitaliers ne paient pas les cotisations chômage, ils seront perdants si une compensation spécifique ne leur est pas attribuée. Le SPH exige une amélioration du pouvoir d'achat, comme pour les salariés du secteur privé.

2. DROITS SYNDICAUX

Le SPH déplore que le droit syndical des PH, embryonnaire, se résume à la possibilité de créer des syndicats, d'y adhérer et de bénéficier d'autorisations d'absence pour leurs représentants élus.

Le SPH exige les mesures suivantes :

- L'introduction au sein des établissements publics de santé et des GHT d'une représentation syndicale des personnels médicaux hospitaliers dans les instances de dialogue social existantes telle le CHSCT et la Conférence territoriale de dialogue social des GHT.
- La publication du décret sur le Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitaliers (CSPMH) prévu par l'article 194 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette publication est d'autant plus urgente que des élections professionnelles sont programmées à la fin 2018 par le CNG.
- Les moyens mis à disposition des syndicats doivent être proportionnels à la représentativité en voix obtenue à l'occasion des élections au Conseil supérieur. Ces moyens doivent être équivalents à ceux des autres agents publics.
- La relance du dialogue social au sein de toutes les ARS par la convocation des CRP dont le rôle doit être renforcé au moment où les mesures d'attractivité décidées par le précédent gouvernement ne sont toujours pas mises en œuvre.

3. STATUT DES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL

Le SPH rappelle qu'il subsiste toujours des différences entre les statuts de PH temps plein et temps partiel, en particulier sur le niveau des cotisations à l'Ircantec. Il demande la fusion des statuts afin de mettre fin à ces inégalités.

4. ESPIC

Le SPH soutient le maintien du statut public des praticiens détachés en établissement de santé privé d'intérêt collectif. L'année probatoire doit être validée en ESPIC

5. ACTIVITÉS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

Le SPH exige le respect du droit statutaire à l'exercice des activités d'intérêt général, trop souvent contesté localement

6. RENFORCER LES MESURES D'ATTRACTIVITÉ SPÉCIFIQUES EN OUTRE-MER

- Harmonisation et homogénéisation sur l'ensemble de l'Outre-mer de l'indexation vie chère à 40 % pour l'ensemble des PH et contractuels de l'ensemble des rémunérations
- Garantir une formation continue régulière en Métropole avec délais route 1j aller 1j retour, crédits formation alignés sur ceux du personnel non médical du fait éloignement et prix billet avion

2.2 Casse-tête législatif et jurisprudence

Il est utile de rappeler que l'introduction du juge des libertés et de la détention (JLD) pour le contrôle systématique des procédures de soins sans consentement est le résultat d'une décision du Conseil Constitutionnel après une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) portant sur la loi du 27 juin 1990. La réforme de la loi était alors en cours, conformément à la volonté présidentielle exprimée en décembre 2008 à

Antony. Ce contrôle systématique du juge n'y avait pas été envisagé et c'est au contraire le renforcement des contrôles administratifs des avis médicaux qui était préconisé. Le texte avait donc dû, pour se conformer à la décision du conseil constitutionnel, insérer en urgence ce nouvel acteur chargé d'améliorer les droits des personnes sur une armature orientée par la volonté de sécuriser la société contre les malades.

Un assemblage de logiques différentes qui tentent de trouver l'équilibre a ainsi créé la loi de 2011. C'est aussi une QPC portée par l'association CRPA qui a poussé aux modifications de la loi 2013, portant initialement sur les conditions des patients en UMD et en UHSA, auxquelles se sont jointes des rectifications portées par Denys Robiliard, député et avocat.

Des ajustements au droit constitutionnel sans complète réécriture de la loi ont accouché d'un texte dont l'application et la jurisprudence illustrent le caractère complexe. A la jurisprudence visible s'ajoutent, pour plus de 90 000 mesures de soins sans consentement sur une année, la multitude de manœuvres invisibles pour assurer les soins face à des procédures mais aussi à leurs interprétations incertaines et démultipliées par le nombre de maillons de la chaîne décisionnelle. **C'est surtout l'exacerbation formaliste qui paraît l'avoir emporté.**

Les soins sans consentement doivent aujourd'hui concilier sur le plan juridique :

- le Code de la Santé publique,
- les exigences de Droit administratif comme les lois du 17 juillet 1978 et du 11 juillet 1979 relative à l'amélioration des relations entre administration et public qui imposent qu'une décision administrative individuelle n'est opposable que si elle a été préalablement notifiée à la personne visée et ordonnent que l'administration doit informer la personne « sans délai » d'une décision défavorable
- les obligations du code de procédure civile parmi lesquelles les exigences du débat contradictoire.

Sur la prise en charge d'un patient interviennent : préfecture, juge des libertés, avocat, plusieurs médecins. Le patient recevra une information sur ses droits et sur les décisions administratives le concernant, de manière supposée être adaptée à sa capacité de compréhension, et devra signer de multiples documents pour que l'établissement puisse produire la preuve que cette information lui a été fournie.

Le JLD est chargé de s'assurer que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'hospitalisation psychiatrique sans consentement est nécessaire et proportionnée, et il a compétence pour décider une mainlevée de la mesure. Depuis janvier 2013 l'unification du contentieux administratif et judiciaire (examen de la régularité de la décision d'admission et examen du bienfondé de la mesure) fait que la régularité des décisions administratives ne peut maintenant être contestée que devant le juge judiciaire. Le TGI apprécie et statue sur les réparations du préjudice éventuel occasionné par la décision administrative.

Toute irrégularité constitue une atteinte aux droits de la personne et entraîne une nullité juridique de la mesure. Il en résulte un formalisme important pour respecter les procédures, fortement ressenti dans les établissements. Une étude menée par la Cour de Cassation sur les décisions des juges de 2012 et 2013 souligne une jurisprudence hésitante, conséquences des difficultés de contrôle de régularité des actes.

2.2.1. Les chiffres des saisines

Le nombre total de saisines du juge connaît une augmentation régulière, conforme à la hausse du nombre de personnes suivies sans leur consentement. Cette augmentation est d'autant plus importante que la révision de la loi en 2013 a raccourci à 12 jours le délai maximum d'intervention du juge pour statuer sur la nécessité du maintien en hospitalisation complète.

En 2013, selon le ministère de la justice, 65 857 saisines de JLD ont eu lieu pour des hospitalisations sans consentement. 5 118 levées d'hospitalisation soient 7,7 % du total ont été ordonnées, soit pour nullité de procédures, soit parce que la contrainte est apparue non justifiée ou disproportionnée.

Les saisines dites « obligatoires » représentent 96,8 % des saisines en 2015, contre 94,4 % en 2013. Une diminution conjointe des saisines « facultatives » est constatée (respectivement de 5,2 % en 2013 contre 3,1 % en 2015) qui pourrait être une conséquence de la réduction du délai à 12j maximum de la saisine obligatoire.

L'amélioration avec la loi de 2011 de l'information du patient sur ses droits constitue une avancée de principe pour le respect des droits des personnes mais la faible proportion de saisines facultatives, et donc de l'usage que fait le patient de ce droit, interroge l'effectivité de cet accès au droit et aux voies de recours.

En 2015, près de 1/10e des saisines aboutissent à une mainlevée de la mesure de contrainte, avec des variations importantes entre départements. La proportion de mainlevées est plus élevée dans le cas de saisines facultatives effectuées par les personnes ou leurs proches (13,5 %) que pour les saisines obligatoires. Elles sont encore plus élevées en cas de désaccord entre psychiatres et préfet (25 % de ces saisines aboutissent à une mainlevée de la mesure mais ces saisines pour ce type de désaccord n'ont concerné que 72 cas en 2015.

Le taux d'appel contre les décisions du JLD est de 0,9% en 2012 et de 1,3% en 2013, contre une moyenne nationale pour d'autres contentieux de 15%. Les appels sont formulés en majorité par le patient (83%), et 6% par le ministère public. 85% des cours d'appel ont confirmé la décision de soins sans consentement.

En cour d'appel, si la majorité des décisions judiciaires confirment les soins sans consentement, des mainlevées sont prononcées dans 34% des contestations de régularité :

- pour absence d'information du patient ou de sa consultation sur le maintien de la mesure (13%)
- pour absence de motivation de l'acte administratif (3%)
- pour impossibilité pour le patient de s'adresser à l'équipe médicale (2%)

2.2.2. Effets de jurisprudence

Un inventaire de la jurisprudence depuis 2011 réalisé par J.M. Panfili est publié sur le site du CRPA. Des enseignements sont tirés des cas de mainlevée.

- La compétence de l'auteur des décisions administratives est appréciée sur des pièces justificatives où doivent figurer, signature, mention lisible des nom, prénom, qualité du signataire de la décision, et s'il s'agit d'une délégation du directeur, de la nature et la durée de cette délégation, qui doit de plus être publique au sein de l'établissement.

- La compétence légale du médecin est appréciée sur le respect des exigences du Code de la Santé Publique : le médecin auteur d'un certificat doit selon le type d'hospitalisation, exercer ou non dans l'établissement d'accueil (péril imminent, SDRE), ne peut être le même pour établir les certificats d'admission et de 72h dans le cas de la procédure d'urgence. A Versailles, la cour de Cassation a confirmé en application de l'article L 3213-1, qu'un médecin non psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient admis en SDRE peut bien être certificateur de cette mesure, parce que n'étant pas psychiatre.

- Les décisions administratives doivent être motivées: le juge doit disposer des certificats médicaux, et ces certificats sont incorporés à la décision de soins sans consentement.

- Le délai entre l'admission physique de la personne qui serait retenue contre son gré pour un risque de danger imminent, et l'admission administrative de soins sans consentement ne peut dépasser un certain délai : sur le plan légal « le temps strictement nécessaire » à la mise en œuvre des mesures de soins sans consentement est toléré, qui selon une décision du conseil d'Etat de 1993 évoque « quelques heures ».

- Si le juge n'est pas saisi dans les délais, l'hospitalisation est une rétention arbitraire : la mainlevée est ordonnée et immédiate.

- Le tiers doit avoir eu des relations antérieures avec le patient : le JLD peut en demander la preuve explicite. Et le tiers doit agir dans l'intérêt du patient : des cas de conflits comme les conflits conjugaux et procédures de divorce peuvent entraîner une décision de mainlevée si l'un des époux a la qualité de tiers

- Dans le cas où le patient exprime un refus de prévenir sa famille, l'établissement doit obtenir du patient les coordonnées d'une autre personne capable d'agir dans son intérêt. La famille ou un proche doit être informé de la mesure pour permettre la saisine du juge si la mesure est considérée comme illégale.

- Dans le cas du péril imminent, l'établissement doit procéder à la recherche du tiers ; tenu à une obligation de moyens, il doit pouvoir justifier que cette recherche, dès l'admission et dans un délai de 24h, a été infructueuse.

- Un patient doit recevoir dès son admission ou dès que son état le permet une information sur sa situation juridique et sur ses droits et recours. La notification de ses droits dès l'admission et après chaque décision doit être prouvée ; le défaut ou le retard doit être justifiée pour raison médicale, ou constitue une irrégularité et une atteinte grave à une liberté fondamentale qui provoque une mainlevée.

- Un patient non francophone doit disposer d'un interprète pour recevoir l'information sur ses droits et être en capacité de faire ses observations et recours.

- Pour chaque décision d'admission ou de maintien des soins sans consentement, le patient doit faire valoir ses observations, avant chaque décision : l'obligation repose sur l'autorité administrative, directeur ou préfet.

- Le patient peut avoir accès aux pièces du dossier transmises au JLD. Il doit pouvoir faire parvenir ses observations au greffe du JLD par écrit.

- Si le patient est un majeur protégé, le CSP n'exige pas la présence du mandataire à l'audience, mais le code civil prévoit dans son article 468 que le curateur doit être présent pour une action ou une défense en justice : le défaut d'information et de convocation du curateur pour l'audience par l'établissement a déjà été sanctionné par la cour de cassation.

- Le défaut de motivation des certificats médicaux justifiant la décision est un motif de mainlevées, comme l'absence des caractères de dangerosité ou de troubles à l'ordre public dans les mesures de SDRE et dans le cas de SDT, la motion de consentement aux soins ou la disparition de la qualité de péril imminent.

- De manière générale, la charge de la preuve repose sur l'établissement d'accueil : le défaut de production d'un des éléments figurant à la procédure peut entraîner pour le JLD un motif de mainlevée :

- le défaut de preuve du respect de l'obligation de procéder à un examen somatique dans les 24h suivant l'admission a entraîné une mainlevée à Lille
- Un juge en appel a pris une décision de mainlevée pour défaut de respect des obligations relatives à la pratique de contention et isolement. La décision n'a pas été confirmée en cassation mais crée un précédent qui illustre que les juges peuvent se reconnaître une extension de domaines de compétences.

- Les programmes de soins, sur lesquels le JLD n'a pas compétence, alimentent une jurisprudence qui montre l'imprécision des textes. Ce sont les conditions de réintégration en hospitalisation complète qui constituent les situations de cette jurisprudence :

- l'arrêté préfectoral de réintégration doit précéder l'admission du patient dans l'établissement
- pour la cour d'appel de Versailles, la réintégration du patient en hospitalisation complète équivaut à une nouvelle mesure et doit respecter le même formalisme que pour l'entrée dans la mesure de soins sans consentement, avec la production de nouveaux certificats de 24h, de 72h.
- Pourtant pour la cour de cassation, un retour en hospitalisation complète d'un patient en SDRE ne nécessite pas de trouble à l'ordre public ou de dangerosité, et donc la continuité de la même mesure de soins sans consentement

2.2.3. Droits des patients, risques et responsabilités

La réforme de 2013 a introduit la présence systématique d'un avocat à l'audience. Cette avancée en terme de renforcement des droits de la personne ne va pas sans soulever des questions que le Syndicat des Avocats de France (SAF) a souligné comme questions déontologiques et de conscience inédites : il s'agit de défendre des patients qui n'ont pas commis de délits, qui ne sont pas directement demandeurs d'assistance et qui, à la différence des situations en droit pénal, peuvent commettre des actes après l'obtention de leur mise en liberté.

L'avocat est encouragé à utiliser tout élément de forme pour obtenir l'annulation de la mesure, motifs qui peuvent être aisés à saisir considérant la complexité de la loi et la jurisprudence.

Au niveau pénal, le Code de la Santé Publique prévoit des sanctions pour le directeur d'établissement qui ne respecterait pas les procédures ; cas à ce jour théoriques. Le médecin peut au niveau pénal avoir à répondre de faux et usage de faux, situation qui s'est déjà produite pour la rédaction de certificats de soins sans consentement.

Quant au JLD, il peut assortir sa décision de sortie d'hospitalisation, d'un délai de 24h, motivé, supposé permettre au psychiatre, s'il le souhaite, de transformer la mesure d'hospitalisation complète en programme de soins. Cette mesure décidée sur une question de droit ne correspond que rarement à la motivation médicale de la modalité de soins. Aussi, il peut être tentant pour les psychiatres d'initier une nouvelle mesure de soins sans consentement après une décision de levée par le JLD. Cette situation s'est produite avec le cas d'une transformation de SDT que le JLD avait levée, en SDRE sur initiative du médecin : une nouvelle mainlevée de la mesure de SDRE a été décidée par le JLD de Versailles sur motif de « détournement de pouvoir », l'examen médical qui devait permettre de motiver le programme de soins ayant été selon le JLD détourné pour déclencher une mesure de SDRE.

A l'opposé, la cour de cassation a en juillet 2015 cassé une décision d'appel pour le maintien d'une SDRE, en estimant que le risque de rechute ne pouvait constituer un motif suffisant de maintien en hospitalisation complète, et que le principe de précaution ne pouvait être utilisé pour la privation de liberté.

2.3. Expertiser : toujours plus de demandes et des obstacles

Le psychiatre expert doit éclairer l'Institution judiciaire dans de nombreuses procédures, en Droit pénal, Droit civil, Droit administratif, pour les auteurs de délits et des victimes, potentiels ou reconnus, et de tous les âges. Historiquement, les psychiatres exerçaient un rôle expertal dans les hôpitaux psychiatriques en relation avec les hospitalisations sans consentement. Il reste de cette tradition le fait que les experts psychiatres judiciaires exercent en majorité en milieu hospitalier public, et remplissent donc une mission complémentaire de service public.

Il existe désormais des difficultés majeures liées à l'accroissement des réquisitions et des commissions d'expertises judiciaires, dans des délais toujours plus resserrés, alors que la démographie des experts psychiatres judiciaires chute et qu'un désinvestissement des psychiatres en exercice pour la pratique expertale se manifeste. Les changements dans la pratique psychiatrique depuis le développement de la psychiatrie de secteur ont diminué l'intérêt des psychiatres pour l'expertise. L'insuffisance caricaturale des rémunérations expertales, les retards ou défauts de paiement des tribunaux et l'imbroglio des charges sociales et fiscales constituent aussi des facteurs dissuasifs. Les conditions pour réaliser les expertises ajoutent aux contraintes avec la multiplication des expertises en urgence dans les situations de comparution immédiate où dans des délais trop courts, il faut fournir un avis sur la responsabilité pénale de la personne, mais aussi sur son pronostic et son éventuelle dangerosité. Lorsque l'expert doit déposer, il doit bouleverser son agenda d'activités pour se rendre au tribunal, de façon de plus en plus éloignée de son domicile, et perd ½ journée ou une journée d'activité qui lui sera rémunérée à hauteur de 40 euros.

En quelques années, de 800 inscrits sur les listes de Cour d'Appel ou agréés par la Cour de Cassation, les experts judiciaires sont passés à moins de 500, dont certains en position honoraire. Certains multiplient les rapports, au point d'être taxés par leurs confrères de « serial experts ».

La Loi HPST avait de plus modifié le cadre d'exercice des expertises des praticiens hospitaliers en les renvoyant avec d'autres activités au statut de la fonction publique, comme activités accessoires. Ce qui devait se traduire par la nécessité de réaliser les expertises en dehors des locaux professionnels, en dehors du temps de travail, et avec l'autorisation du directeur de l'hôpital. Autant d'obstacles potentiels à la réalisation des expertises. La mobilisation syndicale a permis la publication d'un décret lié à la loi de programmation de l'exécution des peines, qui en fixant la limite du cumul d'activités pour les PH "dans la limite de deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois" permet aux praticiens hospitaliers de réaliser les expertises mais "en cas d'exercice de missions d'expertise judiciaire ordonnées en application du code de procédure pénale". Le décret ne concerne donc pas l'ensemble des expertises (civiles, administratives).

En janvier 2016, une nouvelle fronde est menée avec mouvement de grève des expertises. En cause, un décret du 30 décembre 2015 qui évite à la justice le paiement des charges sociales dues aux médecins experts judiciaires en les excluant de la liste des collaborateurs occasionnels de service public (COSP), ce qui les bascule du régime général de la Sécurité sociale vers le régime social des indépendants (RSI): il en résulte une baisse drastique de

leurs revenus de 20 à 40 % de leur rémunération nette, puisque forcés dans ce cas de payer des cotisations supplémentaires, sans contrepartie. La confusion prévaut: l'expert est en effet considéré, en tant que COSP comme salarié pour les cotisations sociales mais il est considéré comme un travailleur indépendant aux yeux du régime fiscal, ce qui l'assujettit à la TVA.

Sous la mobilisation, un nouveau décret (Décret du 2 juin 2016 modifiant le décret du 30 décembre 2015) modifie une partie du précédent décret sans l'annuler, en réintégrant les experts judiciaires médecins salariés de l'hôpital public au sein des COSP. Les praticiens qui ont une pratique libérale, quel que soit leur statut, restent exclus du régime des COSP. Or, à la suite d'un recours de l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires contre le décret de 2015, un arrêt du Conseil d'Etat en date du 17 mars 2017 annule l'article premier du décret de décembre 2015. Depuis le décret du 2 juin 2016 et avec le décret du 27 février 2017 relatif aux modalités de fixation des tarifs des actes prescrits, une augmentation partielle des rémunérations a eu lieu mais avec une dissociation entre COSP et médecins libéraux : **la situation reste des plus floues quant aux modalités d'exécution, de paiement, de réalisation de l'expertise psychiatrique judiciaire.**

Des mesures urgentes, législatives et réglementaires méritent d'être prises pour sauver l'expertise psychiatrique judiciaire, aboutir à un véritable statut, rénover la pratique expertale pour la rendre attractive.

2.3.1. Formation et inscription

Les futurs psychiatres doivent recevoir à nouveau, dans le cadre du D.E.S de psychiatrie une formation systématique en psychiatrie médico-légale. La formation des futurs experts psychiatres devrait s'asseoir sur la création d'un D.E.S.C de psychiatrie médico-légale ou d'une formation dans un Institut de l'expertise, formation qualifiante mais pour laquelle il apparaît essentiel que la formation médicale relève du ressort de l'autorité médicale dont les objectifs, l'éthique et l'approche ne se confondent pas avec l'abord judiciaire. Une formation complémentaire criminologique doit être dispensée, consolidant le fait que les champs psychiatriques et criminologiques sont complémentaires mais non confondus. La formation criminologique doit s'intégrer dans un cadre pluridisciplinaire partagé avec d'autres professions qualifiées de niveau 3e cycle universitaire.

Il faut différencier l'expertise pénale de l'examen médical spécialisé que représentent le constat médical psychiatrique de garde à vue, l'avis sur la compatibilité du port du bracelet électronique ou d'une indication d'injonction de soins: cet examen devrait pouvoir être pratiqué par tout psychiatre, ce qui nécessite une formation en psychiatrie légale des psychiatres en formation.

S'il est logique que l'autorité judiciaire procède seule aux décisions d'inscriptions des experts volontaires sur les listes de Cour d'Appel, l'avis des pairs devrait être pris en compte car eux seuls peuvent connaître la qualité professionnelle et les capacités expertales des impétrants.

2.3.2. Rémunérations

L'indécence des rémunérations des expertises dont les tarifs n'ont pas augmenté en quinze ans (172 euros pour un psychologue, 277 pour un psychiatre) pour une somme de travail conséquente entre consulter le dossier, rencontrer l'intéressé – qui se trouve souvent en prison –, l'examiner et rédiger le rapport, a été dénoncée à plusieurs reprises. Une réévaluation immédiate des indemnités scandaleuses des dépositions en cours d'assises doit être obtenue. Les rémunérations sont insuffisantes en regard de la complexité et des compétences nécessaires

2.3.3. Clarifier les textes

Le décret du ministère de la santé régissant les modalités de pratique d'expertises par les PH doit être corrigé pour permettre notamment la réalisation des différents types d'expertise psychiatrique (civile, tutelle, pénale...). La situation statutaire des experts psychiatres COSP et libéraux suite aux récents textes réglementaires et arrêt du conseil d'état doit être clarifiée. Le choix optionnel d'être reconnu COSP doit exister pour les praticiens libéraux. La rémunération différentielle entre COSP et libéraux ne peut exister qu'à la hauteur des cotisations sociales pour les praticiens optant pour le statut libéral.

Des groupes de travaux interministériels associant les ministères de la justice et de la santé devraient donc

être mis en place pour des projets statutaires en relation avec les projets de réforme judiciaire.

▪ **Motion SPH**

Expertises

Réuni en assemblée générale le 4 octobre 2017 à Toulouse :

Le SPH tient à rappeler le rôle historique de l'expertise psychiatrique pénale dans l'individualisation de la psychiatrie comme spécialité médicale. Il s'agit d'une mission qui s'inscrit dans la continuité du service public avec une majorité des experts qui sont des praticiens hospitaliers.

Le SPH constate une chute démographique des psychiatres experts judiciaires au cours de ces dernières années et invite les autorités à prendre en urgence des mesures incitatives pour rendre la pratique expertale plus attractive, car les effectifs des experts psychiatres conditionnent la qualité de l'exercice de leur mission.

L'expertise psychiatrique pénale comporte différents niveaux et il conviendrait de distinguer l'expertise présentencielle d'évaluation de la responsabilité pénale de l'expertise post-sentencielle à visée pronostique qui implique une compétence supplémentaire en psychocriminologie et une pluridisciplinarité.

Le SPH rappelle l'importance d'une formation en psychiatrie légale en formation initiale (internat) et continue, en raison de la place du droit dans la pratique psychiatrique et pour tenir compte de la multiplication des structures psychiatriques à vocation médico-légale. Il demande l'instauration d'un tutorat pour former et accompagner les psychiatres qui se choisissent l'activité d'expertise judiciaire avec une mise en œuvre en concertation avec les associations professionnelles.

Le SPH réclame l'extension de l'autorisation statutaire de pratiquer des expertises pénales sur le temps de travail à raison de deux demi-journées par semaine aux autres expertises civiles et administratives et aux examens médicaux effectués sur demande des magistrats et des autorités administratives.

Le SPH souhaite que le traumatisme psychique des victimes directes ou indirectes soit mieux pris en compte et reconnu dans les procédures d'évaluation du dommage corporel. Cette évaluation du préjudice psychique doit être effectuée par des psychiatres formés à la victimologie et/ou ayant une expérience dans ce domaine.

Le SPH réclame que l'ensemble des experts, quel que soit leur statut, puisse recourir à la tarification des expertises psychiatriques dites hors normes pour tenir compte de la complexité du dossier, de la qualité du travail fourni et du temps consacré.

Le SPH exige des autorités une clarification du statut social et fiscal des praticiens hospitaliers, collaborateurs occasionnels du service public dans le cadre de leur activité d'expertise judiciaire. La décision du Conseil d'État d'annuler le décret sur les COSP a entraîné un vide réglementaire et le SPH demande à être associé à la rédaction du nouveau décret sur ce statut.

Le SPH proteste vivement contre l'instrumentalisation de la psychiatrie notamment les déclarations de certaines personnalités politiques et ministérielles visant à établir à systématiquement un lien entre les actes terroristes et la pathologie mentale.

Le SPH constate que certains faits divers dramatiques sont l'occasion, dans leur traitement médiatique, d'une recherche de boucs émissaires et de la mise en cause des psychiatres et de la psychiatrie et ce d'autant plus lorsque l'auteur a eu, dans son parcours de vie, un contact même bref avec la psychiatrie. La psychiatrie prend sa part dans la démarche de compréhension psychopathologique de certains passages à l'acte mais l'acte criminel, quelle qu'en soit la nature et l'émotion qu'il suscite, n'est pas nécessairement lié à une pathologie mentale.

2.4. Des coûts mal cernés

En mai 2017, l'Assurance-maladie a présenté à partir de la consommation de soins en 2015 pour 57 millions de bénéficiaires du régime général, un coût annuel « de la santé mentale » de 19,3 milliards d'euros, qui a progressé de 1,3 milliard d'euros entre 2012 et 2015. Ce coût est en fait estimé à partir des données d'hospitalisation et de consultation pour maladie psychiatrique, et la consommation de médicaments psychotropes, qui sont aussi prescrits à des patients sans pathologie psychiatrique.

Elargie à la santé mentale, l'évaluation des coûts avance la somme de 109,2 milliards d'euros, soit un tiers des dépenses de l'Etat français, distribuée entre : 65,1 Milliards € de coût de perte de qualité de vie, 24,4 Milliards € de coût de perte de productivité, 13,4 Milliards € de coût pour le secteur sanitaire et 6,3 Milliards € de coût pour le secteur social et médico-social.

Pour le secteur sanitaire psychiatrique, les dépenses recouvrent différentes réalités de prise en charge :

- des dépenses hospitalières pour les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), recouvrant pour l'activité de secteur activité hospitalière à temps plein et partiel, et ambulatoire
- les dépenses pour pathologies mentales en établissements de MCO sous T2A et SSR dont le mode de financement vient d'être réformé (passage d'un financement DAF à une modulation à l'activité (MAF))
- les dépenses de cliniques privées au financement à l'activité sous objectif quantifié national (OQN)
- en secteur libéral, les dépenses des consultations de médecine générale, de psychiatres et autres consultations de spécialistes dans le cadre de la prise en charge de pathologies mentales, la consommation de médicaments, les dépenses relatives aux transports médicaux, analyses de biologie et aux soins délivrés par des auxiliaires médicaux
- directement financés par les ménages, les consultations auprès de psychologues libéraux et psychanalystes, de dépassements d'honoraires de psychiatres en activité libérale et la part hôtelière des établissements

A noter que le décret du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations (dans 3 régions) visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, selon l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale 2017, prévoit la prise en charge sous forme de forfait de 12 consultations au maximum par des psychologues libéraux, sur prescription par un médecin généraliste, un médecin scolaire ou un pédiatre, pour des jeunes de 11 à 21 ans en situation de « souffrance psychique ». A différencier des « troubles psychiatriques et des crises suicidaires », qui sont orientés alors en « soins spécialisés ».

Pour le secteur médico-social, pour les adultes et enfants handicapés souffrant de déficiences psychiques, les différentes sources de financement pour la prise en charge des pathologies mentales, sont estimées en 2007 à 41% par l'Etat, 38% par l'Assurance maladie, 18% par les conseils généraux / départementaux, 2% par les ménages et 1% par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

En 2016, l'ATIH a lancé une enquête des coûts en psychiatrie à partir des données analytiques d'une liste d'établissements des secteurs DAF et OQN. L'objectif est d'analyser des données d'activité et des informations sur les caractéristiques de la structure (capacités, effectifs) et notamment permettre un recueil plus détaillé sur l'activité des centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

Distingué de la santé mentale, le coût réel de la psychiatrie est donc toujours difficile à circonscrire.

2.5. Faire évoluer le financement

En 2017, la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) a été préparée pour des mesures d'économies des budgets publics. Le rapport Laforcade chargé par le gouvernement précédent de proposer des solutions « concrètes pour la mise œuvre de la politique de santé mentale », prône d'abord les réorganisations et le recours à des expériences jugées innovantes plutôt que des moyens. La psychiatrie publique peut toujours protester que l'évolution de l'ONDAM psychiatrie est inadaptée à la politique de santé mentale que les gouvernements successifs prétendent vouloir mener.

2.5.1. DAF

La psychiatrie de secteur public et privée à but non lucratif, est encore financée par une dotation annuelle de financement (DAF), enveloppe budgétaire globale attribuée pour l'année civile et délivrée pour couvrir la dépense du 1er janvier au 31 décembre de l'année N. Pour chaque enveloppe, le ministère détermine par arrêté « DR » un plafond de ressources par région (5 dotations régionales environ dans l'année). Des circulaires budgétaires complètent dans l'année cet arrêté, détaillant le montant et la nature des missions financées par ces dotations.

Les 2 modes de financements des établissements de santé, publics et privés, sont régis par des modalités et un calendrier différents, déterminés en amont par la LFSS et la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) :

- le bloc ODMCO (tarifs) évolue en fonction d'un arrêté annuel fixant le montant de chaque tarif dans ces activités, pris fin février avec effet au 1er mars de l'année
- le bloc DAF / MIGAC / USLD / FMESPP : sa répartition est déterminée par une circulaire diffusée début mars, avec effet au 1er janvier de l'année en cours.

Le site du ministère de la santé fait toujours figurer à propos du financement des établissements le projet d'extension du modèle T2A à la psychiatrie, en cours d'étude, vers un type de financement mixte associant un compartiment tarification à l'activité, un compartiment MIGAC, une liste de produits remboursables, etc. Les spécificités de la psychiatrie constituent des obstacles à sa réalisation (atomisation de ses structures, organisation territoriale, poids des soins ambulatoires, juxtaposition et chevauchement des modes de prise en charge).

Depuis 2007 le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) qui constitue le nouveau recueil d'activité doit permettre une évaluation nationale des coûts (ENC) spécifique. Le RIM-P géré par l'ATIH recueille les informations relatives à chaque prise en charge des patients : données démographiques (âge, sexe, code postal de domicile), lieu de la prise en charge (code établissement, type de prise en charge hospitalière ou ambulatoire, durée), et code de l'affection prise en charge, le cas échéant complété des codes correspondant à des pathologies associées. Les données d'activité concernent les séjours en hospitalisation à temps complet et toutes les autres prises en charge à temps complet (séjour en postcure psychiatrique, hospitalisation à domicile, placement familial, centres de postcure psychiatriques), les séjours à temps partiel (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et les données concernant l'ambulatoire.

En 2011, la Cour des comptes établissait dans son rapport sur le plan psychiatrie et santé mentale que les sources statistiques disponibles pour la psychiatrie étaient insuffisantes pour une planification pertinente. Ces sources reposent sur :

- le fichier FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) qui recense les hôpitaux et les cliniques, mais ne fait pas l'inventaire des structures et services alternatifs à l'hospitalisation complète.
- Les enquêtes SAE (statistiques annuelles des établissements) gérées par la DREES, qui comportent depuis 2006 une enquête spécifique à la psychiatrie, et recueillent des données sur les ressources en équipement, en personnel et l'activité exprimée en journées pour les prises en charge à temps complet, en venues pour les prises en charge à temps partiel (hôpital de jour) et en actes pour les soins ambulatoires : elles ne rendent pas compte de la variété des dispositifs de psychiatrie ; ainsi, l'hospitalisation complète regroupe sans les différencier les activités de postcure, de centres de crise et d'appartements thérapeutiques ; les lits d'hospitalisation de nuit et les places d'hôpitaux de jour ne sont pas distingués ; les alternatives à l'hospitalisation n'apparaissent pas en dehors des places d'hospitalisation à domicile.
- les rapports annuels de secteur (RAS) qui rendaient compte de la dimension sectorielle mais pas des moyens et des activités non sectorisés. Etendus aux établissements non sectorisés, ils sont devenus en 2009 les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY), sous forme d'enquête ponctuelle réalisée par la DREES auprès de l'ensemble des établissements. Ils ont pour défaut la complexité des enquêtes pour des résultats parcellaires.

A titre de comparaison, les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui étaient également sous DAF connaissent depuis début 2017 une réforme de financement, prévue dans la loi LFSS de 2016 avec une mise en œuvre progressive jusqu'en 2018. Leur financement consiste en une dotation modulée à l'activité (DMA) selon un compartiment d'activité basée sur l'étude ATIH du PMSI des établissements, à laquelle s'ajoutent un financement de missions d'intérêt général, de crédits d'aide à la contractualisation et du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) qui prévoit le versement d'une dotation complémentaire aux établissements sur la base des résultats obtenus via des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En octobre 2004, le comité de pilotage chargé d'élaborer un PMSI en psychiatrie, à l'origine du Rim-Psy, s'était vu confier par le ministère la mission de proposer un modèle pluraliste de financement. Le PMSI-PSy, renommé « Valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP) était présenté, composé de 4 compartiments :

- un compartiment en relation avec l'activité, à partir du RIM-P
- un compartiment géo-populationnel prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques sur le plan régional, territorial et sectoriel
- un compartiment décrivant des missions d'intérêt général (MIG)
- un compartiment pour les médicaments onéreux

Le modèle s'avère complexe et nécessite des indicateurs médico-économiques fiables. En 2014 un rapport DGOS relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé, signale à propos de la psychiatrie, qu'il n'est plus question que de travaux qui " permettront à long terme, d'envisager une classification adaptée à l'activité de psychiatrie et, sur cette base, d'être en mesure de mener une réflexion sur le financement de parcours types ou des modes de prise en charge issus de référentiels " : la VAP comme modèle de financement est donc abandonnée.

En référence au modèle du parcours (de soins, sanitaire et de vie) qui lie psychiatrie et santé mentale, les données médico-économiques doivent s'étendre au secteur social et médico-social. Une enquête est réalisée par la DREES tous les quatre ans sur les établissements et services sociaux pour les personnes en situation de handicap mais elle ne permet pas de différencier les données sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques de celles sur les personnes ayant une déficience intellectuelle : le modèle d'information médico-économique pour l'activité de psychiatrie qui s'y exerce s'avère insuffisant.

2.5.2. Modulation des DAF

D'autres enjeux résident dans la modulation des DAF par les ARS et dans la mise en pratique de péréquation. Une enquête pour les Journées d'information médicale et de contrôle de gestion en psychiatrie, montre une grande variation de situations : en 2016 seulement deux ARS ne menaient aucune modulation des DAF, la modulation a été mise en place à des degrés divers par les autres ARS, pour généralement 1% des DAF. Seule la région Paca a pratiqué les modulations dès 2011, et a programmé une modulation à 10% des dotations de 2015 à 2019, puis à 15% de 2019 à 2022.

Les objectifs des modulations affichés par les ARS sont globalement similaires : réduire les inégalités de financement, favoriser le virage ambulatoire et réduire les séjours longs. Louis Breuls de Tiecken auteur de l'enquête s'inquiète cependant que, pour 8 ARS, la modulation des DAF vise également à répartir les efforts d'économies entre établissements. Comparant la situation de 2014 à 2016, l'étude montre que le nombre de critères pour calculer la péréquation des dotations a doublé, pour prendre plus en compte les besoins de la population, le type de prise en charge et favoriser l'ambulatoire. En moyenne, les ARS en utilisent quatre. Les exemples de critères utilisés sont :

- La population, les besoins populationnels (précarité), la part de bénéficiaires de la CMUC
- Activité, DAF par jour d'activité, file active ambulatoire, file active globale, file active par type d'activité
- Dépenses d'Assurance Maladie par habitant
- La surface de territoire
- Taux HDJ /Hospitalisation Temps partiel, Valorisation File active HTP et HDJ pondérées par Durée Moyenne d'Hospitalisation, file active HTTP au long cours / Nombre d'habitants Durée Moyenne d'Hospitalisation, Taux de recours standardisé à l'HTP, Taux de recours standardisé/âge et sexe en HTP

Au congrès SIP SPH de Bruxelles 2016, le Dr Morfoisse, directeur adjoint de l'ARS Occitanie a présenté dans le cadre d'une table ronde sur le financement de la psychiatrie, des travaux menés sur l'évolution de son mode de financement. Partant du constat des insuffisances des DAF pour répondre à l'activité complexifiée de la psychiatrie publique, il relève comme problèmes: Inégalité entre les régions et entre les territoires, déconnexion de l'activité, difficultés à prendre en compte l'évolution des besoins (démographie, population défavorisée, accès aux soins), difficultés de financement des activités innovantes : traitements, équipes mobiles, hospitalisation à domicile

Un modèle moins complexe que la VAP basé sur 4 compartiments pourrait être envisagé pour les régions, intégrant le montant de la DAF historique, avec des indicateurs établis à partir du Rim-P et de l'INSEE:

- un compartiment activité, pour 35% de la dotation (indicateurs : nombre de séjours, nombre de venues et demi-venues, et nombre d'actes en ambulatoire)

- un compartiment file active, pour 35% de la dotation (indicateurs : nombre de patients vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres des équipes soignantes)
- un compartiment besoin populationnel pour 20% de la dotation (indicateurs : la population à partir des résultats du recensement disponible (INSEE), avec un ajustement statistique selon le taux de précarité à partir d'une méthodologie validée par l'INSEE)
- un compartiment « étendue du secteur » pour 10% de la dotation (indicateur : superficie en km² des secteurs adultes et enfants des établissements).

▪ Motion SPH

Financement de la psychiatrie

Le SPH réuni en Assemblée générale le 4 octobre 2017 à Toulouse:

- Réaffirme sa volonté de voir évoluer les dotations vers une plus grande équité entre les territoires. Pour ce faire il exige que l'approche partant des besoins de la population soit privilégiée et que l'on ne reparte pas dans les errements du passé sur le financement sur la base de critères d'activité.

- Demande à ce que soit construit un modèle d'évolution et de modulation des DAF basé sur des critères géo populationnels (population, taille du territoire, indice de précarisation, données épidémiologiques et selon l'offre existante sur un territoire ...). Celui-ci devrait être différencié selon des spécificités des besoins des populations, en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto juvénile. Il devra tenir compte du poids respectif du secteur libéral, de l'importance et de la médicalisation du secteur médicosocial. L'explicitation de ces critères devra se faire avec les organisations syndicales représentatives.

- Dénonce la stagnation de l'ONDAM psychiatrie, les mises en réserves prudentielles visant à atténuer les effets inflationnistes de la T2A du secteur MCO, les effets délétères des décisions régionales de fongibilité asymétrique. Tous ces éléments concourent à une dégradation sans précédent de nos organisations soignantes.

- Exige une remise à niveau de l'enveloppe globale dévolue à la psychiatrie publique et la disparition des mises en réserves prudentielles et la transparence sur les critères de péréquations inter et intra régionales. L'explicitation de ces critères devra se faire avec les organisations syndicales représentatives

3. LA PSYCHIATRIE DANS LES REFORMES

3.1 Des réformes hospitalières successives et la fin d'une organisation spécifique

En janvier 2016, le secteur de psychiatrie a été transformé en mission.

L'article 69 de la nouvelle réforme de santé a ainsi fait aboutir les offensives antérieures sur l'organisation territoriale originale de la psychiatrie publique pour résoudre le problème de faire rentrer la psychiatrie dans les réformes du système de santé. Déjà, le plan Hôpital 2007 qui avait supprimé la carte sanitaire et installé le SROS comme seul outil de planification, confrontait l'organisation géographique en secteurs de la psychiatrie à une nouvelle logique d'organisation des soins, qui n'a fait que s'amplifier avec les réformes de santé ultérieures, quels que soient les gouvernements. La loi HPST a ensuite fait disparaître les spécificités du statut de psychiatre hospitalier dans le statut général des Praticiens Hospitaliers, et éclipsé les chefs de secteurs face aux chefs de pôles.

La pyramide des âges des psychiatres qui a favorisé avec les départs en masse à la retraite, l'abandon de certaines références théoriques, a facilité la propagation de l'idée qu'une réorganisation était nécessaire, d'autant plus que la profession adresse depuis plusieurs années aux ministres une plainte sur la difficulté d'assumer l'inflation des demandes. Démocratie sanitaire, déploiement dans l'espace public de la catégorie « handicap psychique » et primauté de la santé mentale au nom d'une psychiatrie communautaire renouvelée, ont facilité avec une modernisation de l'antipsychiatrie, les choix politiques pour déloger la sectorisation des modèles d'organisation .

Les rapports officiels dénonçant l'insuffisance du secteur, trop daté, source d'inégalités et de maintien de l'asile, ont pu s'adoucir avec l'affaiblissement des résistances pour un discours plus subtil, où le secteur psychiatrique est finalement méritant, voire modèle de la vision territoriale de l'offre sanitaire, mais dépassé par

l'accroissement des missions de santé mentale. Le temps de sa « rénovation » arrivé, le rapport de la Cour des Comptes de 2011 sur le bilan du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a fait le constat que le secteur avait bel et bien disparu du Code de la Santé Publique, privé avec les réformes successives de support juridique pour continuer à faire ce qui lui était demandé : la recommandation inespérée de la Cour de Comptes de créer une mission de service public reprenant les principes de la sectorisation a alors rencontré l'approbation des organisations professionnelles.

Cinq ans plus tard, c'est la loi de santé qui crée avec l'article 69 cette mission de psychiatrie de secteur. Pourtant, si l'identité du secteur et la valeur de ses missions de service public sont en apparence préservées, le code de la santé publique a perdu la sectorisation : elle s'évanouit des textes tandis que la dimension régionale et la notion de territoire se sont imposés comme outils de planification.

Face aux remaniements d'importance que sont les GHT obligatoires dans la loi de 2016, les représentants des professionnels de la psychiatrie ont choisi d'accueillir avec satisfaction l'existence de cet article spécifique pour la psychiatrie. L'énergie employée à défendre des décrets, publiés tardivement, pour définir les communautés psychiatriques de territoire (CPT) et les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) créés par la loi, devait servir une politique cohérente de santé mentale et un rôle pour la psychiatrie dans le pilotage sur les territoires. Mais face à des GHT rapidement et fortement incités, le retard pris dans la publication des textes pour la psychiatrie fait passer cette volonté pour une simple tentative de sauver les meubles.

3.2 Le secteur dans les nouvelles organisations sanitaires

Il reste qu'à distance d'une bonne santé mentale idéalisée, la psychiatrie est fortement implantée dans les territoires, que les secteurs y ont tissé au fil des ans une politique concrète de partenariats, que la loi sur les soins sans consentement lui assigne des territoires d'interventions et de responsabilité médico-légale en référence au modèle des secteurs, et que la psychiatrie publique est toujours fortement sollicitée. Le récent décret sur le projet territorial de santé mentale lui assigne de multiples tâches, depuis l'accès facilité aux soins psychiatriques, pour tous et à tous les âges, au soutien aux professionnels du social et du médico-social, qui paraissent reconnaître à la psychiatrie un rôle indispensable. Mais comme selon le décret, les outils de pilotage ou même de simple coordination ne lui appartiennent plus, tant sont nombreux les partenaires pour définir un projet de santé mentale, floues les instances décisionnelles pour l'animer et imprécis le périmètre du territoire où ses interventions sont attendues, tout reste à faire pour les professionnels pour installer ou préserver dans les territoires des outils de soins cohérents.

3.2.1 Le secteur, c'est quel niveau de recours ?

En 2009, la loi HPST remplace les ARH par les ARS et les charge de définir de nouveaux territoires de santé dont la vocation est d'organiser la politique de santé, plus seulement à partir des structures hospitalières, mais en impliquant les praticiens d'activité libérale. Des contrats de service public sont signés entre les ARS et les cliniques privées, preuves qu'une nouvelle conception du service public est mise en œuvre selon laquelle, comme le formule Nicolas Sarkozy à Neufchâteau en 2008 : « *Le service public hospitalier, c'est une mission plus qu'un statut* ». Dans une opération de lissage des spécificités public – privé – MCO – psychiatrie, les praticiens hospitaliers en psychiatrie perdent leur mode de nomination spécifique qui avait été maintenu par les politiques antérieures.

L'organisation territoriale de la santé selon la loi HPST introduit également une hiérarchie des soins établie en fonction de leur difficulté technique, selon une idée originaire du Royaume-Uni et reprise par l'OMS. Le modèle promu pour les systèmes de santé est d'organiser les soins selon la complexité des soins requis qui définit des niveaux de recours :

- les soins de premier recours sont les soins usuels pour les pathologies légères, dispensés par les médecins généralistes ;
- les soins de second recours sont les soins complexes dispensés par les médecins spécialistes ;
- un troisième niveau de soins se caractérise par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : les soins hospitaliers.

La logique territoriale qui est déduite de cette logique technique des soins est que les soins de premier recours doivent être présents dans chaque commune, que les soins spécialisés peuvent n'être présents que dans un ou

plusieurs centres urbains et que les soins hospitaliers de pointe peuvent n'être présents que dans les villes les plus importantes.

Le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat établi sur le projet de la loi HPST soulignait tout de même l'ambiguïté de la notion de soins de premiers recours, du fait que trois logiques potentiellement antagonistes sont prises en compte pour les définir: la logique territoriale, la logique technique et la logique financière. Dans la logique financière, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure avec le parcours de soin, un rôle de régulation pour le médecin généraliste, en lui octroyant l'identité de « médecin traitant » dont la prescription conditionne le remboursement des soins de deuxième et de troisième recours. Mais comme un spécialiste, de second recours, peut aussi être choisi comme médecin traitant, de premier recours, les deux logiques, financière et technique, se juxtaposent. De plus la loi de 2004 a préservé l'accès direct sans prescription par le médecin traitant pour certaines spécialités médicales que sont l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie pour les 16-25 ans.

Aussi, avec HPST, la volonté d'organiser les soins selon des niveaux de recours sur les territoires comme le préconise l'OMS et en renforçant le médecin généraliste pour leur régulation, s'avère inaboutie. Les spécificités de la psychiatrie sectorielle se heurtent aussi à cette logique, puisque à la fois soins de spécialité ambulatoire (second recours théorique), et hospitaliers (3^e recours théorique), les principes du secteur se fondent sur la facilitation d'accès aux soins à partir des CMP considérés comme pivot des soins psychiatriques et de premier recours.

3.2.2 Le secteur de psychiatrie : soin primaire ou hospitalier ?

3.2.2.1. Les soins primaires

La loi de modernisation du système de santé de 2016 poursuit ce que la loi HPST a entamé pour la régulation territoriale de l'ensemble des soins, hospitaliers et ambulatoires, après des réformes d'organisation des soins focalisées au départ sur les équipements et l'hôpital.

La dénomination « soins primaires », empruntée à l'OMS, est présente dans la loi HPST et dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Elle sert la création d'un modèle normatif et hiérarchisé des soins ambulatoires. La loi de santé définit l'équipe de soins primaires comme un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours. Les soins de premiers recours sont quant à eux définis par l'article L 1411-11 comme chargés de :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

La loi de santé crée un autre niveau de régulation avec des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) composées de professionnels de santé regroupés en équipes de soins primaires, qui sont les acteurs assurant les soins de premier et de second recours, ainsi que les acteurs médico-sociaux et sociaux. Les CPTS ne sont pas obligatoires, mais il est prévu qu'en l'absence d'initiative des professionnels, les ARS puissent prendre les mesures nécessaires à leur constitution. Or les professionnels de santé libéraux s'étaient montrés très réactifs contre le projet de loi initial, accusant le « service public territorial de santé » (SPTS) qui était prévu, d'être un salariat déguisé. Le SPTS a disparu du texte final, mais le renforcement des pouvoirs de l'ARS sur l'organisation des professionnels de santé est prévu grâce à des contrats territoriaux de santé.

Le défaut de lisibilité de cette organisation territoriale qui multiplie les outils de coordination qui doivent en outre coexister avec d'autres supports de type conventionnels, est déjà dénoncée par certains.

3.2.2.2. Dans les groupements hospitaliers de territoire

- ***La cohérence de reconnaître les spécificités de la psychiatrie***

Guidée, comme les réformes précédentes, par une réorganisation de l'offre hospitalière selon une logique

territoriale régionale « graduée », la loi HPST avait instauré le regroupement des hôpitaux sous la forme de communautés hospitalières de territoire (CHT). Mais là où les CHT étaient simplement encouragées par la loi HPST, la loi de santé en a fait une obligation pour les établissements publics de santé, forcés de constituer des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Chaque GHT doit reposer sur un projet médical partagé qui devait être transmis aux ARS le 1er juillet 2017 au plus tard et qui comprend notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Au 1er juillet 2017, 135 GHT ont été enregistrés, dont 5 GHT psychiatriques, tandis qu'une dizaine d'établissements obtenaient une dérogation provisoire pour ne pas constituer de GHT.

Pour la psychiatrie, le défaut de prise en compte de la singularité de ses missions et de son identité dans les réorganisations s'est révélé d'emblée, d'autant que les textes d'application de la loi pour la constitution des GHT ont largement pris les devants sur les décrets attendus pour la psychiatrie. 93 % des secteurs de psychiatrie générale seront désormais gérés dans le cadre d'un GHT polyvalent.

Le principe de constitution des GHT repose sur la définition de filières supposées garantir une organisation des soins graduée selon des activités pour la prise en charge pour un patient, et d'une pathologie donnée dans un territoire de santé. L'identification de ces filières doit selon le rapport Martineau et Hubert sur les GHT privilégier une approche par pathologie plutôt que par discipline. Or pour la psychiatrie, c'est l'organisation sectorisée de la psychiatrie qui correspond à cette « organisation par filière d'une offre de soins graduée » de l'article R 6132-3. En effet, la définition de la « filière » du rapport Martineau et Hubert préfigurateur de l'organisation en GHT, comporte :

- Un parcours ou une succession d'approches de soins que sont les consultations, les hospitalisations, les SSR, etc.
- Des indications de prise en charge analogues
- Des profils de patients homogènes

Appliquée à la psychiatrie, **cette définition correspond à celle du secteur qui organise les parcours de soins** selon une succession de séquences :

- les soins de premier recours que sont l'accueil en CMP, ou en services d'urgences (soit spécifiques psychiatriques, soit par une évaluation psychiatrique aux urgences générales), ou en psychiatrie de liaison, ou en centre de crise,
- l'éventuelle hospitalisation, à temps complet ou à temps partiel en hôpital de jour voire en hôpital de nuit
- des soins de réadaptation spécifiques à la psychiatrie comme le CATTP, des unités de réhabilitation, des visites à domicile, des HAD psychiatrique.
- parfois des soins de suite et de longue durée comme en centres de postcure psychiatrique, en services d'hospitalisation longue durée, en appui à l'orientation en structure médico-sociale adaptée

A la fois activité et filière de soins gradués, la psychiatrie organisée en secteurs répond, par ses spécificités, aux attentes du projet médical de GHT de l'article R 6132-3. **La psychiatrie doit donc avoir une place à part dans les réorganisations territoriales.**

Un autre motif pour tenir compte des spécificités de filière qu'aucune autre discipline médicale ou chirurgicale ne détient, c'est qu'il est demandé à la psychiatrie de répondre aux **obligations de la loi sur les soins sans consentement** : si les soins débutent obligatoirement par une phase d'hospitalisation complète, les conditions d'un aménagement de la mesure de soins sans consentement dans le cadre d'un programme de soins prévu par les lois du 27 septembre 2013 et du 5 juillet 2011, doivent être prévues ; ces différentes formes de soins sont celles de la filière spécifique de la psychiatrie (consultations, hospitalisation à temps partiel, CATTP, etc.) et sont placés sous la responsabilité d'un établissement de santé désigné par le directeur général de l'ARS conformément à l'article L 3222-1 du CSP, sur une zone géographique tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie.

Une autre spécificité de la psychiatrie comme filière tient dans ses relations particulières avec le médico-social au point de dessiner les projets territoriaux de santé mentale créés par la loi.

Il en résulte que la dérogation aux GHT ou à défaut un GHT spécialisé en psychiatrie, est une position

cohérente pour les établissements ayant la psychiatrie comme activité principale. Et si l'autorisation d'activité de psychiatrie est exercée en hôpital général, la filière psychiatrique doit pouvoir participer au projet territorial de santé mentale à tous les niveaux de recours de soins (ambulatoire et hospitalier).

○ *Mise en application ?*

Un premier bilan de la place laissée à la psychiatrie dans les GHT a été fait aux 5e Journées d'information médicale et de contrôle de gestion en psychiatrie, par l'examen de plusieurs conventions de GHT. La prise en compte des spécificités de la psychiatrie au sein des GHT peut y apparaître sous forme de déclaration de « respect du secteur psychiatrique dans la définition de la politique des GHT et l'existence d'axe ou de filière psychiatrique dans les objectifs stratégiques ». Pour l'application de ce principe, selon les conventions des GHT, on trouve :

- une sous-commission de l'instance médicale « filière santé mentale »
- la détermination que l'EPSM du GHT est l'établissement support de la filière psychiatrie et santé mentale pour une large autonomie de gestion, dans le cadre des moyens spécifiques dont il dispose'
- un comité stratégique de psychiatrie regroupant les directeurs, PCME et directeur des soins des établissements autorisés en psychiatrie dont il est attendu un vote pour toute décision relative à l'organisation des soins de la filière psychiatrique et/ou ayant un impact budgétaire et financier

D'autres garanties pour les EPSM ont été recherchées, comme le principe selon lequel lorsqu'un seul EPSM est membre du GHT, il a la charge de la définition et de la mise en œuvre de la politique de psychiatrie et santé mentale.

L'obligation de mutualiser certaines fonctions dans le GHT tel que le système d'information, a fait réapparaître la question des spécificités pour la psychiatrie : l'une des conventions établit que chaque établissement conserve des logiciels spécifiques pour l'exercice de certaines spécialités. Ainsi que l'obligation d'intégrer dans le GHT les besoins spécifiques de l'EPSM concernant le RIMP et les soins sans consentement. 2 GHT prévoient même un DIM spécifique à la psychiatrie.

Les GHT ont aussi des conséquences sur les conditions d'exercice : la répartition des emplois médicaux est traitée par le projet médical partagé. L'organisation des équipes poussées à être communes selon une logique de mutualisation, et sur des territoires étendus, est un enjeu de défense de l'exercice professionnel. Dans un contexte de difficultés démographiques, de problèmes d'attractivité hospitalière, de responsabilité médico-légale liée en particulier aux soins sans consentement, et de développement des soins ambulatoires sur des territoires de santé mentale aux contours peu définis, les conditions d'exercice des psychiatres hospitaliers peuvent se voir bouleversées et l'action syndicale ravivée.

3.2.3 Secteurs psychiatriques et parcours de soins, de santé, et de vie

Le modèle du parcours a depuis plusieurs années la faveur des décisions fixant la politique de santé orientée par la maîtrise des coûts, depuis que, coordonné et confié au médecin généraliste, la loi portant réforme de l'Assurance Maladie de 2004 l'a institutionnalisé. Comme les cibles de la réduction des dépenses de santé sont les effets du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, la réflexion sur les coûts de santé a incorporé celle sur les réponses aux besoins sociaux face à la perte d'autonomie : le modèle d'un parcours favorisant le décloisonnement entre les secteurs, la coordination entre les aidants, les professionnels de santé et d'accompagnement, mais aussi les redistributions des enveloppes budgétaires, s'est imposé. Les rapports du Haut Comité de l'Avenir de l'Assurance Maladie et la Haute Autorité de Santé font donc depuis plusieurs années la promotion du parcours, de 3 types:

- le parcours des soins, qui concerne les soins ambulatoires et hospitaliers
- le parcours de santé, qui vise les mesures de prévention et d'accompagnement médico-social
- le parcours de vie, supposé répondre aux besoins de la personne dans son environnement

Les soins dits primaires, à partir du lieu de vie du patient, sont alors placés en position d'élément pivot du parcours traduit dans l'appel au « *virage ambulatoire* » pour l'organisation hospitalière et au renforcement de la place du médecin généraliste et/ ou traitant, aux transferts de compétences (création du métier d'« infirmiers cliniciens »). Mais aussi à l'incitation à l'échange d'informations entre « *équipes de soins* » de l'article L 1110-12

créé par la loi de santé, définie comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination* », en complément des dispositions qui ont créé le dossier médical personnel (DMP) rebaptisé en 2015 en dossier médical partagé.

Ce qui n'est pas sans soulever des questions sur le respect du secret médical face aux notions de secret professionnel et de secret partagé, et sur la capacité réelle du patient à consentir ou à s'opposer à la transmissions d'informations le concernant.

Pour la mise en pratique de ce modèle de l'amélioration des parcours, les 19 recommandations du « comité des sages » présidé par Alain Cordier qui ont alimenté la « stratégie nationale de santé » restent les références.

Pour la psychiatrie, la tentation pour la politique de santé mentale pourrait être grande de s'appuyer sur les considérations autour de la prise en charge des maladies chroniques, alimentées par le succès de la notion de situations dites « complexes » qui définit la situation de personnes associant des problèmes sanitaires et des difficultés sociales, tant pourraient paraître communes les problématiques. La diffusion de la catégorie « handicap psychique » dans l'espace public en s'associant à la notion de perte d'autonomie, pourrait aussi accroître cette tendance. En se gardant du risque d'en faire un modèle pour la santé mentale, quelques enseignements pourraient être tirés de l'évaluation que la DREES vient de faire du programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), pour éviter les écueils qui menacent les futurs PTSM de la loi de santé : la DREES souligne en effet dans un bilan qualifié de mitigé, les points faibles liés aux problèmes de pilotage, quand il est question de mobiliser nombre de partenaires, professionnels, associations, du secteur public et libéral.

C'est bien de fait ce qui guette les PTSM : le défaut de pilotage et de coordination. Les CPT auraient toute leur place dans ce cadre.

Même si la loi de santé a réduit la sectorisation à l'instruction d'une mission, et en même temps au flou de la délimitation par les projets d'établissements de territoires dits de proximité, la référence aux secteurs de psychiatrie garde sa légitimité pour la logique des « parcours » : avec des aménagements, le secteur est le plus à même de garantir les principes d'une offre de soins coordonnée et complémentaire en guidant une organisation territoriale des soins gradués selon 3 niveaux :

- **1er niveau, sectoriel et généraliste** : le secteur, base du maillage du réseau psychiatrique territorial «généraliste», doit conserver en propre l'équipement et les outils nécessaires à la proximité, la continuité et à l'accessibilité des soins : CMP-CATTP-HAD (soins de proximité), hospitalisation temps plein en service libre et en hospitalisation sous contrainte (troubles aigus ou subaigus), HDJ, et alternatives à l'hospitalisation complète qui peuvent être intersectorielles: appartements, placement familial thérapeutique, etc.

- **2e niveau, intersectoriel et spécialisé**, de recours pour le territoire de santé mentale défini: le niveau intersectoriel est garant de la complémentarité et de la coordination des soins pour le territoire qui lui est attribué. Son objectif est de faciliter les actions de coopération et de complémentarité, auxquelles peuvent participer les structures médico-sociales et les structures psychiatriques des cliniques privées. Les structures intersectorielles psychiatriques publiques qui répondent à des besoins transversaux peuvent être à temps plein, à temps partiel ou ambulatoires : service d'urgence, psychiatrie de liaison, équipe mobile en faveur des populations en situation de précarité, unité d'accueil pour adolescents, centre de crise, unité de psycho gériatrie, unité de réinsertion et d'accompagnement professionnel, prise en charge des addictions/alcool, malades « difficiles », patients nécessitant une hospitalisation prolongée...

- **3e niveau, supra sectoriel** : recours de niveau régional ou interrégional (UMD, UHSA, centres socio-médico-judiciaires, centres ressources, etc.) pour certaines structures très spécialisées implantées sur le territoire et répondant à des besoins spécifiques mais plus limités en nombre.

Face à l'échelle régionale de planification sanitaire, la psychiatrie ne peut jouer pleinement son rôle dans la santé mentale que si le territoire de santé mentale défini garde une taille « humaine » pour permettre les coordinations entre les acteurs. De plus, la perspective d'une politique de santé mentale favorisant les partenariats entre secteurs sanitaire et médico-social ou hôpital public et médecine libérale, s'associe aux spécificités de la psychiatrie pour rendre nécessaire l'intégration du niveau départemental dans son organisation territoriale:

- Les champs de compétence des Agences Régionales de Santé étendus au secteur médico-social doivent tenir compte des instances d'organisation du médicosocial de niveau départemental (conseils départementaux).

- La loi du 5 juillet 2011 qui maintient l'autorité administrative préfectorale pour les soins sans consentement, renforce le niveau du département dans l'organisation de ces missions particulières de la psychiatrie.

3.3. De l'importance des communautés psychiatriques de territoires

L'organisation sectorisée s'est structurée au fil des décennies par une ouverture à l'ambulatoire et aux conventions de partenariats avec les institutions et le secteur médico-social qui n'est pas prise en compte par la logique hospitalocentrée des GHT, en majorité polyvalents, qui se sont imposés, aidés par un calendrier qui a fait passer la parution des décrets attendus pour la psychiatrie et la santé mentale bien après la mise en route des projets médicaux partagés. Les regroupements obligatoires d'établissements dans les GHT, pensés d'abord pour les disciplines de MCO, imposent un périmètre de territoires défini par la somme des territoires d'établissements membres, et une logique de filière qui prétend coordonner la somme des activités techniques et de soins dont devrait bénéficier un même patient pour une pathologie. Cette vision est bien trop étriquée pour la psychiatrie qui depuis la naissance du secteur a intégré dans son organisation les nécessités d'appui à l'insertion et la réadaptation sociale hors de l'hôpital. Nécessité qui doit incorporer la question des conditions de vie du patient (moyens financiers, rôle de l'entourage, autonomie) et impose d'offrir des formes de prise en charge les plus variées pour répondre à la diversité des pathologies, à leur évolution, à la variabilité de l'expression des pathologies et des facteurs de décompensation.

La loi sur les soins sans consentement impose en outre aux secteurs de disposer des modalités différentes de prise en charge hors de l'hospitalisation à temps complet, adaptées aux programmes de soins.

Lorsque la loi de modernisation du système de soins s'est préoccupée de la psychiatrie, c'est en créant de nouveaux outils d'organisation en remplaçant le chapitre « Sectorisation psychiatrique » du CSP par le chapitre « Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie » : un projet territorial de santé mentale (PTSM), un diagnostic territorial de santé mentale (DTSM), des communautés psychiatriques de territoires (CPT) et des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM), en symétrie avec d'autres outils d'organisation générale que sont le projet régional de santé (PRS), le diagnostic territorial de santé (DTS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les contrats territoriaux de santé (CTS).

Au sein de la santé mentale, l'organisation de la psychiatrie doit coordonner le secteur sanitaire avec l'accompagnement social et médico-social selon une logique de parcours de vie. Mais noyée dans les GHT polyvalents, la psychiatrie ne peut prendre sa place dans le PTSM que grâce à un dispositif réglementaire qui permette de compenser la tendance à l'hospitalocentrisme de la logique de regroupements d'établissements, où aucun établissement psychiatrique n'a été désigné comme établissement support de GHT.

La communauté psychiatrique de territoire chargée de fédérer « les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale » comme le stipule l'article D. 6136-1 CSP peut jouer ce rôle. A condition d'y être encouragée et d'en avoir les moyens. On observe que le décret relatif aux CPT est arrivé en octobre 2016, après le dépôt des conventions constitutives de GHT dont l'échéance de transmission était fixée au 1er juillet 2016. Elle n'a pas de caractère obligatoire, et « peut » être constituée entre établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. Sa représentativité et son articulation avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) sont prévues par le décret, de manière imprécise « au sein du collège des professionnels et offreurs de service de santé du conseil territorial de santé », « auprès de l'ARS sur des sujets concernant le périmètre de sa mission ».

Pour son articulation avec les GHT, le décret prévoit la possibilité d'une association entre CPT et GHT lorsqu'un des membres de la CPT est partie à un GHT, associée par le GHT à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrique et santé mentale du projet médical partagé. La CPT offre en outre la possibilité pour un établissement public psychiatrique, qui ne peut adhérer qu'à un seul GHT, de s'associer au projet médical partagé d'autres GHT dont il ne serait pas membre.

Mais dans les conventions constitutives de GHT existantes au 1er juillet 2017, seules 7 GHT prévoient la mise en place de CPT, et 1 GHT la rend possible.

La possibilité de créer une CPT « préfiguratrice » comme y ont poussé les organisations pour la rédaction du décret, doit être utilisée pour inverser la logique qui a fait de la CPT le dernier maillon de la chaîne pour l'organisation de la psychiatrie et des PTSM. Une CPT préfiguratrice participe à la réalisation du diagnostic

territorial partagé, du projet territorial de santé mentale, ainsi que du contrat territorial de santé mentale et sous condition d'être liée à un GHT, elle est également associée à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé du GHT. Le décret précise bien que l'initiative de sa constitution est laissée à l'initiative des établissements de santé de service public, initiative qui doit donc être forte et faire des contrats territoriaux de santé mentale des leviers pour que les ARS incitent les acteurs de territoire à favoriser des CPT moteurs de la nouvelle organisation des soins.

▪ Motion SPH

Gouvernance, GHT, CPT

Le SPH réuni en assemblée générale :

- Rappelle l'absolue nécessité de préserver les moyens de la psychiatrie publique afin d'assurer ses missions face au risque de dilution au sein des GHT polyvalentes
- La création des CPT doit être généralisée sur l'ensemble du territoire national. Les CPT doivent piloter les Projets Territoriaux de Santé Mentale. Elles sont à l'initiative de projets de soins et sont les interlocutrices incontournables des instances territoriales et notamment des ARS.
- Le SPH engage les psychiatres hospitaliers à occuper les fonctions institutionnelles décisionnelles (chefs de service, chefs de pôles, PCME, etc.) pour promouvoir la psychiatrie sectorielle de service public à tous les niveaux

4. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Camille Lancelevée, « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S», Regards 2017/1 (N° 51), p. 245-255.
- Caroline Lafaye, Camille Lancelevée, Caroline Protais. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. [Rapport de recherche] Mission de recherche Droit et Justice. 2016.
- Centre National de Gestion, rapport d'activité 2016
- Chevallier, Denise, et Philippe Dunezat. « Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel », *L'information psychiatrique*, vol. volume 83, no. 8, 2007, pp. 675-681.
- IRDES, « Note de cadrage – l'hôpital, 2011
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, atlas de la démographie médicale 2016
- DREES, Les établissements de santé, Edition 2017
- IRDES, février 2017, Les soins sans consentement en psychiatrie: bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>
- IRDES, décembre 2014, Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique,
- IRDES, Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont juin 2017 <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf>
- IRDES, Questions d'économie de la santé, Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011
- IRDES, 2010, Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Ile-de-France
- Moro M.R, Brison J.L, Mission bien-être et santé des jeunes, novembre 2016,
- PANFILI Jean-Marc, L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011, https://psychiatrie.crapa.asso.fr/IMG/pdf/2016-12-31_analyse_de_la_jpdce_loi_du_05-07-2011_mise_a_jour.pdf

ARGUMENT

« Je ne suis pas fou ! »... ni handicapé.

Voilà une prestation bien souvent entendue, de la bouche du patient ou portée par un proche, montrant combien il est difficile de se sentir atteint dans son propre sentiment d'intégrité mentale, et de porter le fardeau de ce qu'on désigne aujourd'hui comme "stigmatisation" : loin de n'être qu'un effet de rejet du corps social, cette notion est peut-être également le nom de cette difficulté profonde à soutenir la conscience d'une perturbation, sans qu'elle ne soit assortie d'une blessure narcissique inacceptable.

Si les patients rencontrent inévitablement cette problématique, les professionnels de santé et tout particulièrement les psychiatres sont touchés par la gêne à porter un diagnostic de maladie mentale ou à certifier un handicap, ces notions étant l'une comme l'autre aisément soupçonnées d'accabler le présent et de péjorer l'avenir du sujet concerné. L'inquiétude est forte dans les deux sens, celui d'une sous-estimation des troubles amenant une perte de chances dans les soins, comme celui d'une sur-désignation prompte à grever le pronostic.

Mais on sait également combien la reconnaissance officielle d'une affection et d'un handicap induit peut avoir d'importance dans l'investissement du soin et sa dynamique, quand bien même sa portée serait contestée au niveau du discours du patient.

Passant subrepticement du concept de maladie mentale à celui de trouble psychique, la science psychiatrique des adultes s'est d'une certaine manière autorisée à s'extraire progressivement des notions classiques, très ancrées dans une vision processuelle pessimiste, pour se remanier dans le sens d'une évolutivité certes peu prévisible, mais en tout cas ouverte (ce en quoi elle s'est rapprochée de la clinique pédopsychiatrique, le développement de l'enfant permettant que les choses soient chez lui moins fixées).

Et au-delà, le champ des possibles s'est sans doute un peu plus ouvert avec la notion de santé mentale ouvrant aux patients classiquement « en rémission » la perspective d'un rétablissement, dont il est cependant difficile aujourd'hui de quantifier l'impact : la pratique de psychiatrie publique reste très marquée par la durée et la lourdeur de certains troubles aux effets de handicap important.

Comment le psychiatre et les soignants en psychiatrie peuvent-ils s'appuyer sur ces notions de maladie mentale ou de handicap psychique, pour organiser l'alliance thérapeutique nécessaire ? Comment (faire) reconnaître la maladie sans qu'elle fasse violence, mais que la prise en compte de cette maladie et du handicap induit nourrisse suffisamment l'espoir de "s'en sortir" ?

Quelles voies nouvelles aujourd'hui dans cette perspective ?



DEUXIEMES RENCONTRES DE PERFECTIONNEMENT DES PSYCHIATRES DE SERVICE PUBLIC

organisées avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

INFORMER, ANNONCER, PARLER... pour contribuer au rétablissement

Lundi 29 janvier 2018

Mardi 30 janvier 2018

Ministère de la Santé et des Solidarités
Salle LAROCHE - 14 avenue Duquesne - 75007 PARIS

Lundi 29 janvier 2018

Maladie mentale et handicap psychique, où en est-on ?

Matinée

- 9 h 15 Introduction des journées, *Jacques Marescaux et Jean-Jacques Bonannour*
- 9 h 45 Conférence : De la possibilité d'une citoyenneté universelle, *Alain Policar*
- 10 h 30 Pause
- 11 h 00 Maladie mentale ou trouble psychique, *Dr Bernard Durand*
- 11 h 30 De la rémission au rétablissement, *Dr Clément Bonnet*
- 12 h 00 Epistémologie de la notion de rétablissement, *Marie Koenig*
- 12 h 30 *Déjeuner libre*

Après-Midi

- 14 h 00 Histoire et évolution du concept de handicap psychique
Roselyne Touroude
- 14 h 30 Comment les professionnels se saisissent de la notion de parcours
Marcel Jaeger
- 15 h 00 Le vécu du handicap psychique, *Charlotte Lainé, Erwann Jauneau*
- 15 h 30 Pause
- 16 h 00 Qui sont les patients usagers des dispositifs du handicap ?
Florence Weber et Julien Bourdais
- 16 h 30 Parler de santé mentale sans stigmatiser : un enjeu pour le rétablissement
Aude Caria
- 17 h 00 Rétablissement et dépassement du handicap psychique
Dr Arnaud Plagnol
- 17 h 30 Table ronde avec les orateurs de l'après-midi

Ce programme est susceptible de subir des modifications

Mardi 30 janvier 2018

(Re)construire la parole, une condition du rétablissement

Matinée : Trouver les mots

- 9 h 15 La COP 13 à l'usage des patients, *Dr Serge Gauthier*
- 9 h 45 L'apport des pairs-auteurs, *Philippe Maugiron*
- 10 h 15 Pause
- 10 h 45 Ecrite pour se rétablir, *Agathe Martin*
- 11 h 15 Le sociologue et la parole des familles, *Pauline Blum*
- 11 h 45 Un trouble tripolaire, *Dr Bernard Odier*
- 12 h 30 *Déjeuner libre*

Après-midi : Trouver des approches nouvelles

- 14 h 00 La réhabilitation psychosociale, *Olivier Cancel*
- 14 h 30 Le réseau des Entendeurs de Voix, (sous réserve)
- 15 h 00 Le rôle infirmier dans l'éducation thérapeutique, *Julie Durand*
- 15 h 30 Pause
- 16 h 00
- 16 h 30 Travail, insertion et handicap psychique, *Agnès Ducre-Sié, Philippe Erouant*
- 17 h 00 Table ronde
- 17 h 30 Conclusion des journées

Les 2^{èmes} rencontres de perfectionnement
des psychiatres de service public

INFORMER, ANNONCER, PARLER... pour contribuer au rétablissement

Lundi 29 et mardi 30 janvier 2018

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____ Portable _____

Email _____

Fonction, spécialité _____

Droit d'inscription :

80 € Médecins

40 € Autres professionnels et familles

Les usagers, étudiants ainsi que les professionnels en formation sont dispensés de droits d'inscription (fournir un justificatif à l'inscription)

Règlement par chèque à l'ordre de la Fédération Française de Psychiatrie.

Toute inscription non accompagnée du règlement ou d'une prise en charge de votre établissement (si inscription au titre de la formation continue) ne sera pas prise en compte. N° Formateur : 11752905475

Adresser le bulletin d'inscription et votre règlement à la :
Fédération Française de Psychiatrie - Hôpital Sainte-Anne
26 bd Brune - 75014 PARIS

Pas d'inscription sur place : Les places sont limitées. Le Ministère nous demandant une liste nominative, l'inscription se clôt le 15 janvier 2018. Les inscriptions non retenues seront réexpédiées.

Annulation : 50 % de frais de dossier seront retenus pour les annulations demandées avant le 15 janvier 2018. Aucun remboursement ne sera possible après cette date.

COMITÉ D'ORGANISATION

Jean-Jacques Bonamour du Tarte, Jean-Philippe Catonné, Bernard Odier,
Danièle Roche-Rabreau, Isabelle Secret-Bobolakis, Elie Winter

PUBLIC CONCERNÉ

Tous professionnels de la psychiatrie et du champ de la santé mentale
Tous publics concernés ou intéressés par les questions de psychiatrie ou de santé mentale

PARTENARIAT

Le Comité d'Organisation élabore le programme de la formation à partir des propositions de la Fédération Française de Psychiatrie, en liaison avec la Direction Générale de la Santé

PROGRAMME

Le programme est renouvelé chaque année en fonction des préoccupations des professionnels et des priorités institutionnelles, de santé publique et de santé mentale.

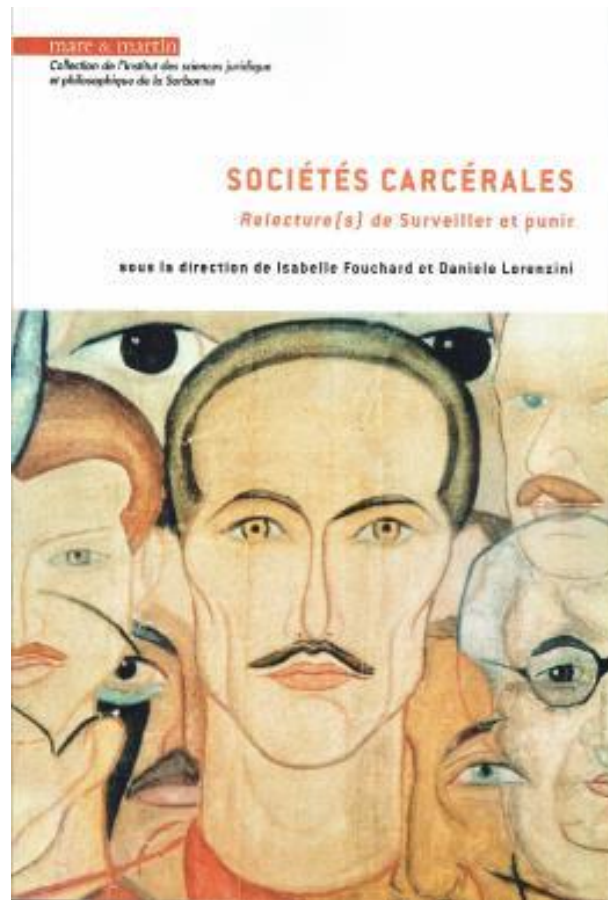
OBJECTIFS

Ouvrir le dialogue et la réflexion à tous publics sur des questions importantes dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Pour toute demande d'information, s'adresser au :

secrétariat de la Fédération Française de Psychiatrie
01 48 04 73 41 ou par mail ffpsychiatrie@wanadoo.fr

NOTES DE LECTURE



Ce livre rassemble les textes d'un colloque consacré à « *Surveiller et punir* » de Michel Foucault 40 ans après sa publication.

Les contributions de spécialistes de disciplines différentes sont réparties en 4 parties :

- Michel Foucault, les disciplines, la prison
- Le droit à l'épreuve de la prison
- La condition carcérale en perspective(s)
- Sécurité et surveillance dans le monde contemporain.

Il n'est guère possible de détailler chacune des contributions, mais dans un temps où la cour européenne des droits de l'homme s'intéresse à l'équivalent de la loi de rétention de sûreté française en Allemagne, il convient d'inciter le lecteur à lire le texte de Mireille Delmas-Marty intitulé « *Surveiller et anticiper : vers une justice pénale prédictive* ».

Et pour aller plus loin sur la rétention de sûreté, un dossier sur le site « prison Litigation » permet d'en savoir plus : <http://www.prisonlitigation.org/?p=1093>

Luca D'Ambrosio

Isabelle Aubert

Delphine Böesel

Anne Brunon-Ernst

Cyrille Canetti

Guy Casadamont

Grégoire Chamayou

Gaëtan Cliquennois

Jean Danet

Jean-Marie Delarue

Mireille Delmas-Marty

Piergiorgio Donatelli

Corentin Durand

Isabelle Fouchard

Bernard E. Harcourt

Adeline Hazan

Orazio Irrera

Daniele Lorenzini

Paolo Napoli

Judith Revel

Paru en 1975, *Surveiller et punir* de Michel Foucault a profondément marqué l'ensemble des sciences humaines et sociales. Plus de quarante ans après, la société de surveillance annoncée par Foucault se manifeste à travers des préoccupations sécuritaires croissantes et la quête fantasmatique d'un risque zéro.

Les réformes successives de notre droit pénal traduisent une volonté forte de prévenir, voire de prédire, la réalisation des infractions. La surveillance se déploie non seulement dans l'enceinte carcérale mais au-delà des murs.

Il s'avère ainsi crucial de relire l'ouvrage de Foucault à la lumière d'une actualité juridique et politique dense, marquée par une progressive prise de conscience de la nécessité d'appréhender les questions pénales et pénitentiaires d'une manière globale et concertée, mais aussi par le caractère limité des avancées concrètes en ce domaine.

Ainsi, en mobilisant une pluralité d'approches disciplinaires (du droit à la philosophie, de la science politique à la sociologie et à la psychiatrie), cet ouvrage se propose de mettre les analyses foucauldienne de la société punitive, du pouvoir disciplinaire, de l'archipel carcéral, de la surveillance généralisée et de la production de la délinquance à l'épreuve de notre présent, à la fois pour en mesurer la portée réelle et pour élaborer un diagnostic original de notre actualité sociale, juridique et politique.

Self Portrait in Prison, c.1940-50 (colour litho), Hikmet, Nazim (1902-63)/ Private Collection / Archives Charmet / Bridgeman Images. DR

978-2-84934-327-2 27 €



mare & martin

Collection de l'Institut des sciences juridique
et philosophique de la Sorbonne

Retrouvez d'autres annonces d'emploi sur le site de l'ASPMP : <https://www.aspmp.fr/offres-d-emploi/>

LA FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE (50)



Située sur la presqu'île du Cotentin, région touristique au cœur des paysages préservés du bocage normand, dans un cadre de vie privilégié à proximité de la mer et de Caen, la Fondation regroupe près d'une quinzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation.
La Fondation comprend plus de 1 600 salariés dont 70 médecins, dispose de 1 157 lits et places, dont 519 en médico-social. File active de près de 20 000 personnes, environ 240 000 actes par an.

RECRUTE DES PSYCHIATRES (H/F) DES PEDOPSYCHIATRES (H/F) DES MEDECINS GENERALISTES (H/F) UN MEDECIN CHEF DE POLE SOINS SOMATIQUES (H/F)

Postes en CDI temps plein (204 jours de travail/an) ou temps partiel basés à CHERBOURG, PICAUVILLE ou SAINT-LO selon les postes

REMUNERATION

- ◊ Rémunération incitative (base CCN 51 (FEHAP))
- ◊ Reprise d'ancienneté
- ◊ **Prime d'embauche**
- ◊ **Prise en charge des frais de déménagement**

Renseignements :

M. Franck HASLEY, Directeur des Affaires Hospitalières (02.33.77.77.78)
Dr Michel DAVID, Président de la Commission Médicale d'Etablissement (02.33.77.77.78)
Mme Claire BOUNIOL, Directrice des Ressources Humaines (02.33.77.56.24)

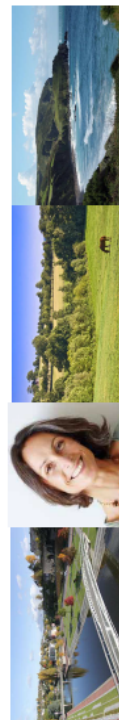
Candidatures à adresser :

Par voie postale à : Fondation Bon Sauveur de la Manche
Mme Claire BOUNIOL, Directrice des Ressources Humaines
65 rue de Baltimore - 50 000 SAINT-LO

Par mail à : service.recrutement@fbs50.fr

AVANTAGES SOCIAUX

- ◊ Comité d'entreprise
- ◊ Self d'entreprise
- ◊ Mutuelle familiale
- ◊ Prévoyance
- ◊ Retraite complémentaire
- ◊ 32 jours de congés payés
- ◊ Développement professionnel continu



Site Internet : www.fbs50.fr

Les 26^e Journées des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Rennes

Lundi 5 et mardi 6 novembre 2018

Thème autour de la rencontre

Précédées le dimanche 4 novembre de l'Assemblée générale de l'ASPMP avec ateliers de travail

L'équipe du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire de Rennes qui comprend un SMPR et une UHSA , soutenue par l'Association des Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), a le plaisir de vous annoncer la tenue des Journées nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire à Rennes, les lundi 4 et mardi 5 Novembre 2018.

Ces journées se dérouleront dans l'édifice du couvent des jacobins, situé au cœur de la cité rennaise. Le thème sera celui de la rencontre.

Ces journées seront précédées, le dimanche 3 Novembre de l'Assemblée Générale de l'ASPMP.

Vous trouverez ci-dessous un argumentaire proposé par le comité de pilotage scientifique de ces journées.

« Comme une mise en abyme, ces Journées proposent de se rencontrer pour parler de la rencontre.

Face aux solitudes croissantes, l'obsession des rencontres a gagné notre société, mais de celles qu'on maîtrise, sélectionne, évalue, protocolise. Or la rencontre dans le soin en psychiatrie est d'une autre nature : tantôt il faudra faire un pas en avant et aller vers, tantôt la clinique nous intimera de rester sur le seuil et de laisser venir. Premier temps du soin, la rencontre n'est jamais certaine. Elle se nourrit de l'invisible et a besoin de paroles singulières. Elle surgit volontiers par surprise, se glisse dans les interstices de l'informel.

Comment préserver, dans notre environnement marqué par la logique du prévisible, des espaces d'invention et d'inattendu ?

Lorsqu'elle a lieu, la rencontre nous met face à ce qu'il y a à la fois de semblable et de différent chez l'autre. Créer les conditions de la rencontre c'est pouvoir accueillir les deux, au-delà du cortège de fantasmes qui accompagnent et parfois même précèdent certains de nos patients, les rendant « infréquentables ». Cela nécessite de penser en amont et de façon institutionnelle un accueil qui permette de la faire advenir.

Dans notre pratique de soignants en milieu pénitentiaire, cet accueil s'inscrit dans un



*espace
dont la
finalité
vise
davantage
à séparer
et à tenir à
distance.
Nous*

réfléchirons donc aux lieux que nous occupons : quand leur conception est un frein à la rencontre, quels aménagements pouvons-nous, soignants, y créer ? Comment, en respectant les murs, repenser les espaces dans une dynamique de soins ?

Si certains mouvements rapprochent, d'autres éloignent et nous nous retrouvons fréquemment sur la route de patients en errance ou en exil. Comment rencontrer ces personnes de cultures et de langues différentes ? Comment entendre leur histoire singulière au-delà du brouhaha de l'actualité et de nos représentations ?

Enfin, nous n'oublierons pas que nous ne rencontrons pas uniquement nos patients. La psychiatrie doit composer avec les logiques professionnelles d'autres institutions, celles de la Justice et de l'administration pénitentiaire notamment. Elle a à interagir de sorte que ces mondes parallèles trouvent à s'articuler sans entrer en collision, ni en collusion.

Si la rencontre est le sujet, nous pensons qu'elle est aussi le moyen de traiter ces questions. »]

Diffusion de l'information sur l'avancée des Journées tout au long de l'année, notamment sur le site de l'ASPMMP

JOURNEES NATIONALES DES SPMP			
1	1989	Lyon	1 ^{ères} Journées de rencontre SMPR/UMD/MCS
2	8 et 9/06/1990	Poitiers	Stratégies thérapeutiques auprès des personnes psychopathes
3	24 et 25/06/1991	Metz	3 ^{èmes} Journées de rencontre SMPR/UMD/MCS
4	18 et 19/05/1992	Lille	Les comportements violents
5	10 et 11/06/1993	Toulouse	Environnement et processus de soins
6	13 et 14/10/1994	Paris – La Santé	Soigner et/ou Punir Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison
7	1995	Avignon	Auteurs et victimes d'agressions sexuelles
8	1996	Strasbourg	L'éthique
9	1997	Lyon	Thème ?
10	19 et 20/11/1998	Nantes	L'expertise psychiatrique dans tous ses états
11	1999	Nice	Psychiatrie et prison. Réseau prison-ville-hôpital
12	2000	St Gilles-Les-Bains La Réunion	Entre culture et institutions
13	19, 20 et 21/11/2001	Paris - Fresnes	Les « dangersités ». De la criminologie à la psychopathologie et entre judiciarisation et médicalisation
14	7-8/11/2002	Perpignan	Les Enfermements
15	20 et 21/10/2003	Dijon	Pratiques et Évolution
16	14 et 15/10/2004	Rouen	Crime et fascination
17	7 et 8/11/2005	Toulouse	Résistance(s)
18	6 et 7/11/2006	Poitiers/La Rochelle	Éthique du soin, Dangersités, soins consentis, obligés ou contraints
19	21, 22 et 23/11/2007	Lille	Les malades mentaux incarcérés : Qui sont-ils ? Recherches épidémiologiques et cliniques dans les prisons françaises
	2008	Pas de journées	
20	14, 15 et 16/10/2009	Strasbourg	L'Éthique : Le retour
21	18 et 19/10/2010	Montpellier	Le(s) Temps
22	1 et 2/12/2011	Marseille	Soins psychiatriques en prison - L'intime à l'épreuve de la transparence
	2012	Pas de journées	
23	21 et 22/11/2013	Lille	Du traitement de droit commun au traitement d'exception : Nouvelles filiarisations
	2014	Pas de journées	
24	19 et 20/03/2015	Nantes	Articulation Dedans-Dehors : Construction ou Illusion ?
25	3 et 4/11/2016	Toulouse	De l'espace aux frontières
	2017	Pas de journées	
26	5 et 6/11/2018	Rennes	Rencontre(s)

Historique des Journées des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

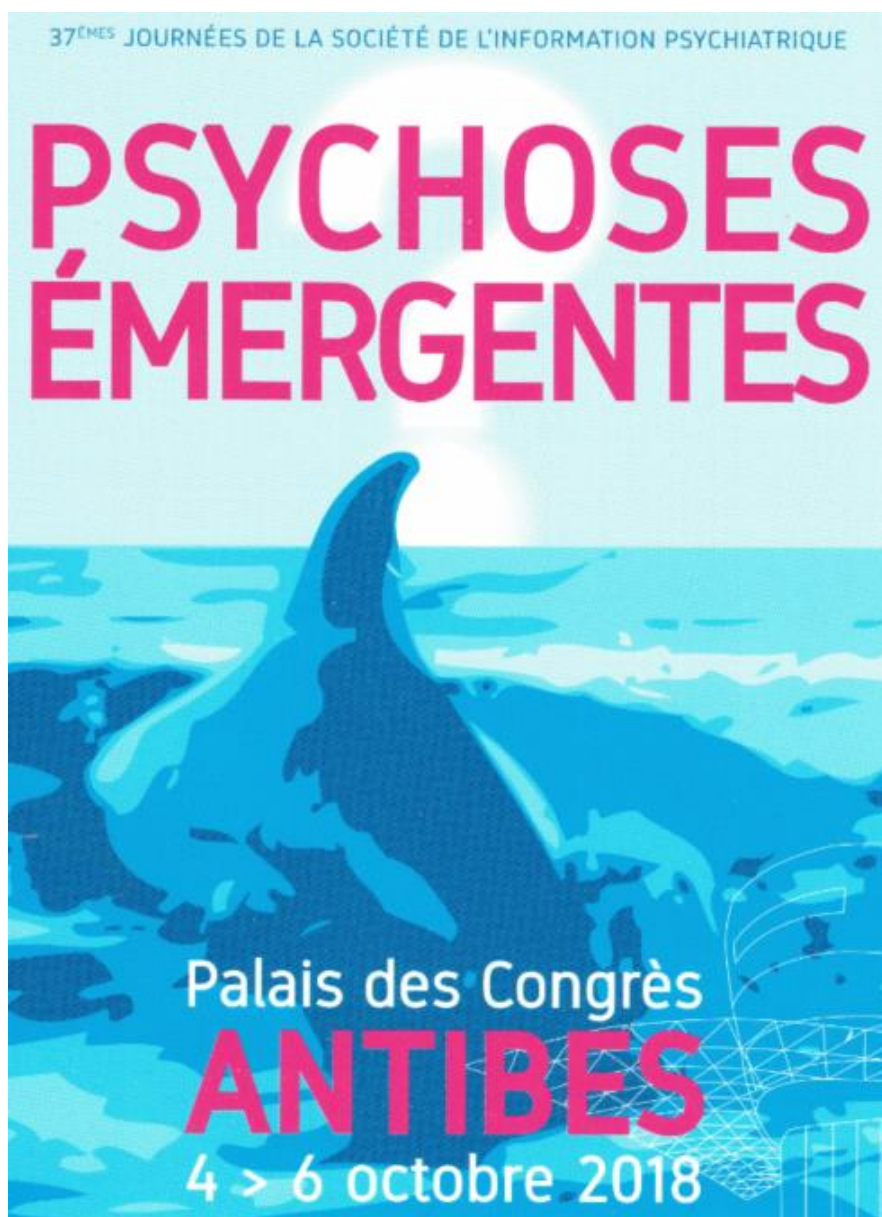
37^e Journées de l'Information Psychiatrique

Antibes

4 au 6 octobre 2018

Argument :

Psychoses émergentes



PSYCHOSES EMERGENTES ?

L'émergence psychotique bouleverse la trajectoire de vie d'un individu. Parfois bruyant avec passage à l'acte, déroutant souvent, énigmatique pour l'entourage, à bas bruit marqué par des prodromes évocateurs a posteriori la transition psychotique est une rupture.

Les déterminants, vulnérabilités et facteurs de risque sont sans doute multiples ; sociologiques, génétiques et épigénétiques, développementaux ou toxiques séparément et cumulés ils font partie du tableau et doivent être examinés de près. L'évolution est ponctuée de questionnements diagnostiques ("*troubles schizophréniques ou bipolaires ?*"), mais aussi pronostiques : la connaissance des risques cognitifs et sociaux de la chronicisation impose une prise en charge thérapeutique immédiate spécifique.

Au-delà des certitudes et incertitudes diagnostiques, des mécanismes psycho ou physiopathologiques, des pronostics, ce sont les compétences organisationnelles des organisations de psychiatrie qui sont interrogées. Pathologies de l'adolescence, en transition entre la psychiatrie infanto-juvénile, et la psychiatrie générale elles interrogent nos dispositifs, leurs limites, leurs capacités d'adaptation pour détecter précocement et intervenir rapidement (*early detection / early intervention "ED/EI"*) pour prévenir la survenue des troubles chez des individus à "Ultra Haut Risque" ou dès les premières manifestations de la maladie pour en réduire les conséquences, mais aussi d'accompagner sans laisser choir lorsque la pathologie s'installe. Continuer car il ne s'agit pas d'abandonner les soins dès que la pathologie est là pour plusieurs années, lutter contre les effets à long terme et les dégradations secondaires aux troubles, les comportements associés souvent délétères (abus de substances).

Comment définir les seuils pathologiques ? Quelles interventions précoces sont possibles ? Quelle prévention secondaire, prise en charge précoce pour les enfants et adolescents de familles à risque multiples ? Quelles adaptations pour nos dispositifs sectoriels pourtant bien inscrits dans une perspective diachronique depuis leurs missions de prévention dès l'enfance, d'intervention précoce jusqu'au suivi, y compris au long cours ?

Là aussi comme ailleurs, quelle continuité de prise en charge entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale ? Entre la surspécialité des centres experts "*ED/EI*" et les secteurs ? Entre l'addictologie et la psychiatrie ?

Au cœur de la psychiatrie, au carrefour de nos pratiques, prévention, repérage, soins précoces et au long cours, retrouvons-nous pour échanger, apprendre et nous rencontrer à **Antibes en 2018** pour les **37^e Journées de la Société de l'Information Psychiatrique**.

Mots clés : *ultra haut risque, soins précoces, prévention, psychiatrie infanto-juvénile, adolescent, passage à l'acte, psychose, facteur de risque, premier épisode, bouffée délirante aiguë, pronostic, violence, sociologie, psychopathologie, physiopathologie, dispositifs de soins, early intervention, prodrome, épigénétique, rupture, vulnérabilité, transition psychotique, impact des toxiques, schizophrénie, troubles bipolaires, médico-légal, post-partum*

SIP : Secrétariat SIP CH Saint Cyr - Les Calades
Rue Jean-Baptiste Perret - CS 15045 - 69450 Saint-Cyr-au-Mont-d'Or Cedex
www.sip.sphweb.fr

Email : Aicha RAMDANI - secretariatSIP2@gmail.com - T. 04 72 42 35 98 - F. 04 72 42 13 99

Organisme de Formation Professionnelle enregistré sous le numéro 31 62 02530 62

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale de Santé : <http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>. A partir du portail des ARS, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger vos informations régionales.

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

Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) : www.aspmp.fr.

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 Zoummeroff : www.collection-privee.org

Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS), 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/>

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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

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

Contrôleur Général des Lieux privés de liberté : www.cglpl.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

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

Logos : www.logos66.com

Observatoire International des prisons : www.oip.org

Prison Insider : <https://www.prison-insider.com/>

Prison Litigation Network : <http://www.prisonlitigation.org/>

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

Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux : <https://sphweb.fr/>



SOIGNER LES MÉCHANTS

Éthique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire

Michel DAVID

Collection : *Psychologiques*

ISBN : 978-2-343-05390-5 • juin 2015 • 286 pages • Prix éditeur : 29 euros



Les politiques sont pris de vertigineux programmes quand il s'agit de délinquance sexuelle, de malades mentaux criminels, de lutter contre la dangerosité et de s'assurer de leur prédictivité sans faille. Les arrières-pensées électoralistes, la dictature de l'opinion et des médias orientent les choix politiques que ne le fait la rationalité scientifique.

L'univers mental et les capacités d'imagination des politiques muent le « populisme pénal » et l'irréalisme professionnel et même économique limitent à la neutralisation par l'enfermement à perpétuité et à la recherche de boucs émissaires en cas de drames.

Des faits divers d'une intense gravité déclenchent les déclarations électoralistes indécentes de certains dirigeants politiques. La peur, alimentée, permet aux dirigeants de se présenter en sauveurs et protecteurs de citoyens affaiblis et de mettre en place une société de contrôle et de surveillance.

Il existe d'autres solutions, notamment sur le plan de l'organisation des soins. Pourtant, celles qui sont proposées actuellement correspondent davantage à des préoccupations sécuritaires plus que sanitaires alors qu'il faudrait affronter avec lucidité les défis d'une société complexe en mutati



Psychiatre des hôpitaux, chef du Service Médico-Psychologique Régional implanté dans le centre pénitentiaire de Mahault en Guadeloupe de 2002 à 2011, médecin coordonnateur, **Michel David** a été expert près des tribunaux d'appel de Paris et de Caen, consultant au centre national d'observation (CNO) de Fresnes et auteur d'ouvrages et de nombreux articles sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'expertise psychiatrique pénale. Engagé dans le domaine associatif et syndical professionnel, il est le président fondateur de la Société caribéenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales (Socapsylog), président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) et membre du bureau national du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux en charge du secrétariat délégué à la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il exerce actuellement à la Fondation Bon Sauveur de Picauville dans la Manche et au sein du département de psychiatrie de la maison d'arrêt de Coutances, poursuivant ainsi un engagement dans la psychiatrie auprès des personnes détenues qui a débuté en 1987 au SMPR de Fresnes.

Contact promotion et diffusion

Alexandra LAPORTE

5, rue de l'École Polytechnique 75005 Paris
Tél : 01 40 46 79 23
alexandra.laporte@harmattan.fr



www.facebook.com/Editions.Harmattan
twitter.com/Harmattan
www.youtube.com/user/harmattan

Table des matières

PRÉFACE

PRÉLUDE

SOIGNER EN PRISON : EST-CE POSSIBLE ?

INTERMÈDE HUMORISTIQUE :

L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE
ORGANISE LE 14 JUILLET
L'OPÉRATION « 24 H CHRONO SANS
PÉTARDS »
LES FAMEUX HÔPITAUX-PRISON : LES UHSA
UN CADRE THÉRAPEUTIQUE COHÉRENT
EST-IL CONCEVABLE EN PRISON ?

INTERMÈDE HUMORISTIQUE.

TRIOLLISME :
L'EXPRESSION DE LA MALADIE MENTALE
EN PRISON
LES « MONSTRES » : LES AUTEURS DE
VIOLENCE SEXUELLE

INTERMÈDE HUMORISTIQUE.

PLÉTHYSMOGRAPHIE PAR WIMAX ET
PLACEMENT SOUS SURVEILLANCE
ÉLECTRONIQUE MOBILE
CASTRATION CHIMIQUE
CASTRATION PHYSIQUE
ALORS QUELS TRAITEMENTS ?
ET SI ON LES OBLIGEAIT À SE SOIGNER ?

INTERMEDE HUMORISTIQUE.

DES MÉDECINS COORDONNATEURS
SUSPENSION ET AMÉNAGEMENTS DE
PEINE POUR RAISONS PSYCHIATRIQUES

MAIS « ILS » SONT DANGEREUX !

POURQUOI NE PAS LES ENFERMER À VIE :
LA RÉTENTION DE SÛRETÉ

INTERMÈDE HUMORISTIQUE.

LA PARTICULIÈRE DANGÉROSITÉ
POLITIQUE
LE SUICIDE EN PRISON : LA BELLE
AFFAIRE !
CODETENU DE SOUTIEN
MAIS QUE FAIT LA POLICE : ARRÊTEZ CES
RÉCIDIVISTES !
ILS SONT TROP NOMBREUX ET ALORS ?

INTERMÈDE HUMORISTIQUE.

JOURNÉES PORTES OUVERTES DANS LES
PRISONS
MAIS POURQUOI S'OBSTINENT-ILS À SE
TAIRE ?

INTERMEDE MYTHOLOGIQUE

HERMES CONTRE ARGOS
ET L'ÉTHIQUE DANS TOUT CELA ?

INTERMÈDE « HU MORT ISTIQUE »

LA PEINE DE MORT COÛTE TROP CHER
LA PSYCHIATRIE EN MILIEU
PÉNITENTIAIRE : UNE PSYCHIATRIE À PART
ENTIÈRE OU UNE PSYCHIATRIE
ENTIÈREMENT À PART

BON DE COMMANDE

A retourner à L'HARMATTAN - 7 rue de l'École Polytechnique - 75005 Paris
(adresse valable pour la vente par correspondance uniquement)

Veuillez me faire parvenir exemplaire(s) du livre : *Soigner les méchants*

Prix unitaire de 29 € ; frais de port à ajouter : 3,50 euros + 1 euro par livre supplémentaire

NOM :

ADRESSE :

Règlement :

1. Par chèque (joint) de €.
2. Par carte bancaire (sauf American Express) ou Paypal sur Internet à l'adresse paiement.harmattan.fr

Pour l'étranger, vos règlements sont à effectuer :

1. En euros sur chèques domiciliés sur banque française
2. Par virement en euros sur notre CCP Paris (IBAN : FR 04 2004 1000 0123 6254 4N02 011 / BIC : F5STFRPPAR)
3. Par carte bancaire (sauf American Express) ou Paypal sur Internet à l'adresse paiement.harmattan.fr

Vous pouvez aussi commander cet ouvrage directement à votre librairie habituel
ou sur notre site internet : <http://editions-harmattan.fr>

Nous possédons plusieurs librairies dans le 5^e arrondissement de Paris, chacune ayant un fonds spécifique. Afin de mieux vous orienter, nous vous invitons à consulter notre site Internet www.harmattan.fr rubrique : Les Librairies. Vous y trouverez nos coordonnées, horaires d'ouverture et les thématiques de chaque librairie.

L'expertise psychiatrique pénale

Michel DAVID

L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE



Novembre 2006

L'Harmattan

PSY
CHO
LOGI
QUES

Le fonctionnement de la Justice en matière de procédure pénale fait l'objet d'une réflexion collective, principalement à la suite d'affaires judiciaires complexes. Le psychiatre, lorsqu'il collabore avec la justice en tant qu'expert, est un acteur de la procédure.

Dans les premiers temps de l'expertise psychiatrique, le magistrat instructeur demandait au psychiatre de déterminer si l'auteur présumé d'un délit ou d'un crime était atteint d'une maladie mentale pouvant entraîner son irresponsabilité juridique. Il est maintenant sollicité pour des missions de plus en plus extensives, à la fois dans le contenu des questions mais aussi dans des contextes qui ne se limitent plus seulement à l'instruction ni au mis en examen.

L'expertise de prélibération conditionnelle doit éclairer le juge d'application des peines sur l'évolution d'un condamné, sur sa dangerosité potentielle et sur les soins éventuels à imposer.

L'expertise des plaignants, autour de laquelle la question de la crédibilité a fait largement débat, se doit d'évoluer en s'efforçant de dégager le retentissement des faits sur la personnalité de la victime.

La montée en charge progressive des soins en milieu pénitentiaire peut partiellement s'expliquer par la pratique expertale.

Le recours à l'expertise psychiatrique devient de plus en plus fréquent, alors que parallèlement, la psychiatrie rencontre une crise démographique notable. Les limites et les conditions de l'expertise psychiatrique pénale devront faire l'objet d'une réflexion des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens afin que la contribution des experts au fonctionnement de la Justice réponde le plus finement possible aux exigences d'un Etat de droit.

Mots-clés : Expertises pénales psychiatriques et psychologiques – Irresponsabilité pénale - Article 122-1 du Code pénal - Agressors sexuels - Suivi socio-judiciaire – Injonction de soins – Dangerosité – Récidive - Psychiatrie légale – Soins en milieu pénitentiaire – SMPR – UHSA – UCSA - Alternatives à l'incarcération.

Disponible également en ebook pour l'avoir en permanence à disposition et le lire et le relire !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1- HISTORIQUE DE L'EXPERTISE

SECTION 1. Article 64 du Code pénal de 1810 et définition d'une infraction

SECTION 2. Débats médico-judiciaires du XIX^{ème} siècle

SECTION 3. Circulaire Chaumié de 1905 et débat sur la responsabilité

SECTION 4. Réforme du Code pénal de 1992 et article 122-1

SECTION 5. Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

SECTION 6. Loi du 9 septembre 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

SECTION 7. Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et décret n°2006-385 du 30 mars 2006

2- REGLEMENTATION DE L'EXPERTISE

SECTION 1. Code de déontologie médicale

SECTION 2. Loi du 11 février 2004 modifiant le statut des experts judiciaires

SECTION 3. Décret du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires

SECTION 4. Code de procédure pénale et expertise

SECTION 5. Les experts

SECTION 6. Rémunération de l'expertise

3- MISSIONS D'EXPERTISE

SECTION 1. Expertise en garde à vue

SECTION 2. Expertise durant l'instruction

SECTION 3. Expertise en application des peines

SECTION 4. Expertise des plaignants

SECTION 5. Expertise en réparation du préjudice moral

SECTION 6. Expertise psychologique

SECTION 7. Expert à l'audience et avec les medias

4- CONSEQUENCES DE L'EXPERTISE

SECTION 1. Les soins en milieu fermé

SECTION 2. Les soins en milieu ouvert

5- PROBLEMATIQUES DE L'EXPERTISE CONTEMPORAINE

SECTION 1. Regard philosophique sur l'expertise psychiatrique

SECTION 2. Champ épistémologique de la psychiatrie

SECTION 3. Axes éthiques

SECTION 4. Une issue éthiquement acceptable

SECTION 5. Commission d'enquête autour de l'affaire dite d'Outreau (2006)

SECTION 6. Frais de justice

SECTION 7. D'une conférence de consensus vers une audition publique

SECTION 8. Quelques propositions

CONCLUSION

ANNEXE : Décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires (extraits)

BIBLIOGRAPHIE

BON DE COMMANDE

A retourner à L'HARMATTAN

7 rue de l'École Polytechnique 75005 Paris

Veillez me faire parvenir exemplaire(s) du livre L'expertise psychiatrique pénale au prix unitaire de 21 € + 4.65 € de frais de port, + 0,80 € de frais de port par ouvrage supplémentaire soit un total de.....€.

NOM :

ADRESSE :

Ci-joint un chèque de €.

Pour l'étranger, vos règlements sont à effectuer:

- en euros sur chèques domiciliés sur banque française
- par virement en euros sur notre CCP 23 625 44 N Paris
- par carte bancaire (Visa uniquement) N°..... date d'expiration...../...../...../ et le numéro CVx2 (les 3 derniers chiffres se trouvant au dos de votre carte, à gauche de votre signature) :

Vous pouvez aussi commander cet ouvrage directement à votre libraire habituel

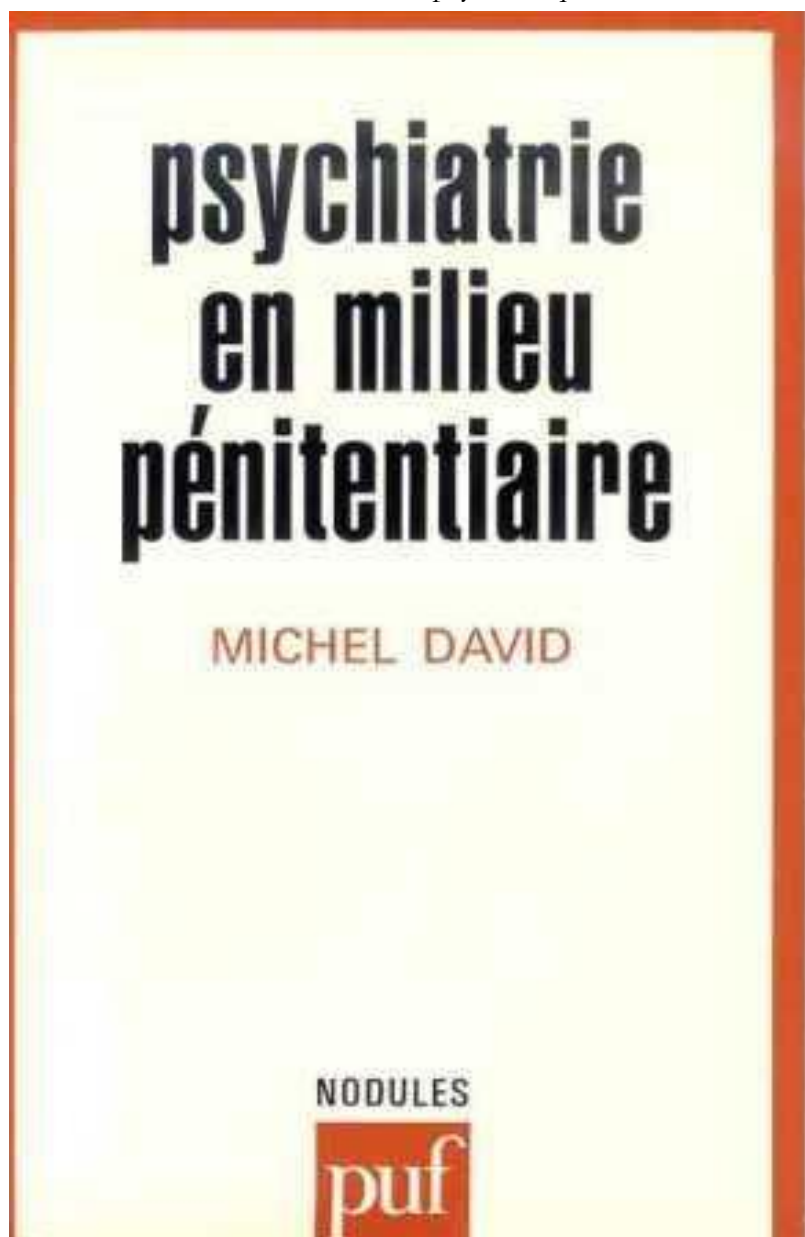
Psychiatrie en milieu pénitentiaire

Avec le décret du 14 mars 1986 se trouve officialisé le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire qui prend place aux côtés des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile. Toutefois, les psychiatres n'ont pas attendu cette date pour intervenir en prison; ils y sont implantés maintenant depuis plus d'un siècle.

Cependant, l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est assez mal connu. Cette méconnaissance relative est certainement due à la structure même du milieu carcéral, par définition replié sur lui-même, peu enclin à la communication, paraissant rebutant, et souvent "oublié" par le citoyen.

Le but de cet ouvrage est de présenter un panorama des diverses facettes du travail psychiatrique s'effectuant en prison. Les aspects historiques, législatifs, topographiques et cliniques sont tour à tour abordés.

Nous espérons ainsi pouvoir contribuer, en apportant un éclairage sur l'ombre carcérale, à une meilleure articulation et coopération des différents secteurs de psychiatrie cités *in limine*.

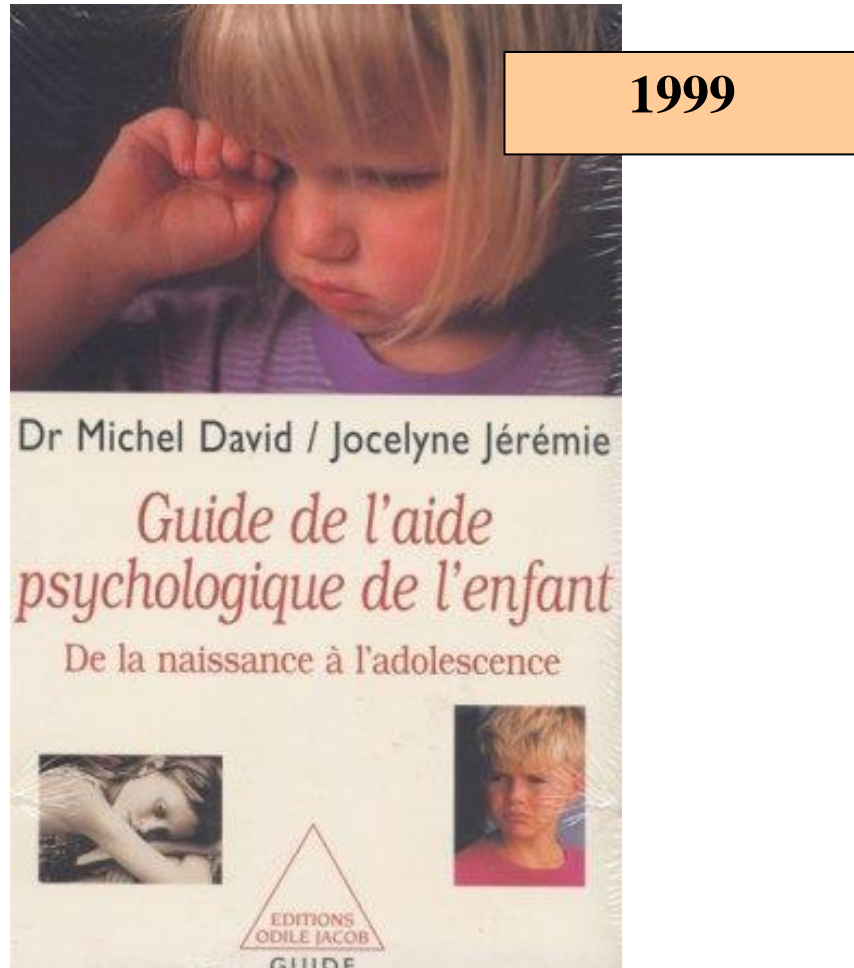


PREMIER OUVRAGE

Mai 1993

Guide de l'aide psychologique de l'enfant

De la naissance à l'adolescence



Quelle est la différence entre un psychiatre, un psychologue, un psychanalyste ? En quoi consiste le travail d'un orthophoniste ? Où consulter ? Combien ça coûte ? Comment se déroule une consultation ? Quelles sont les situations qui peuvent conduire à emmener son enfant chez un « psy » ?

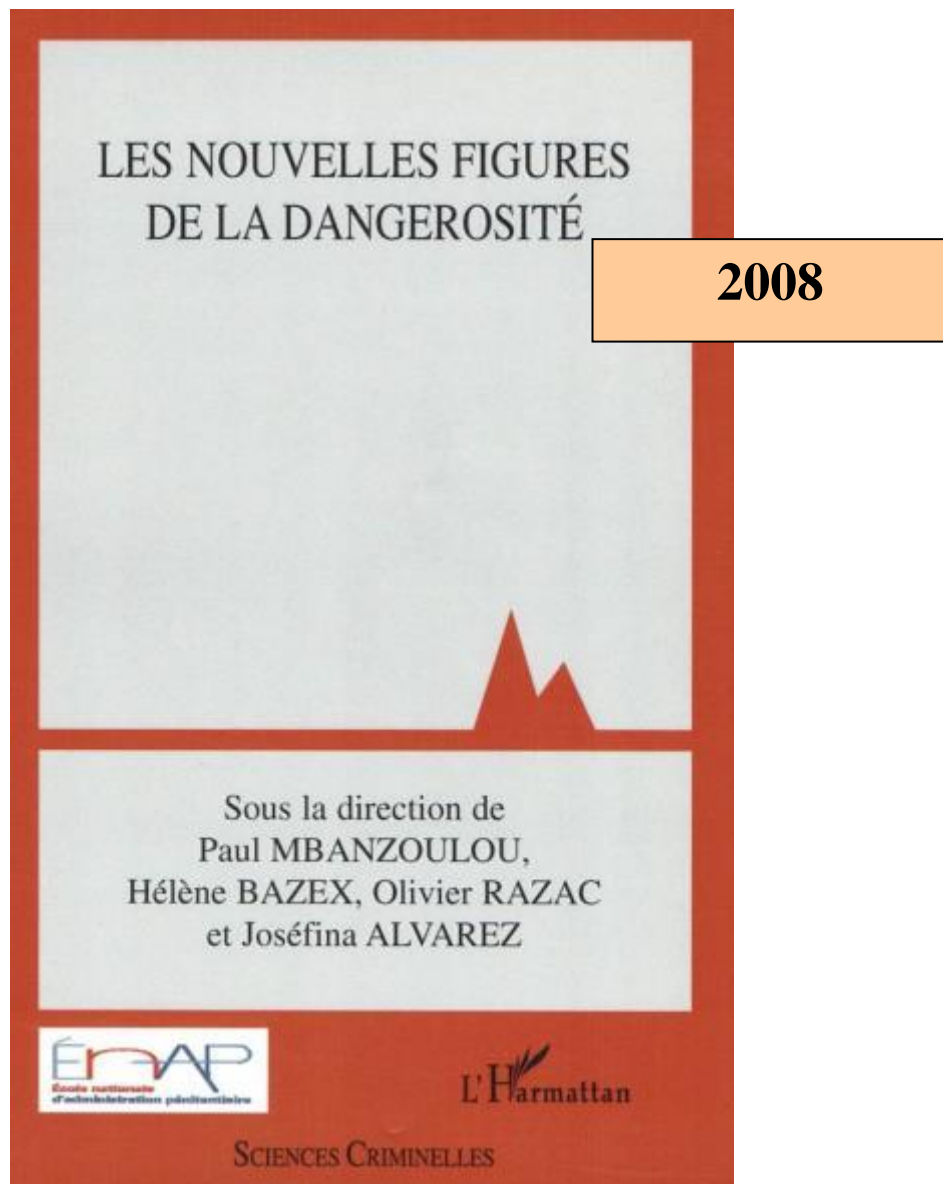
Ce guide vise à répondre aux nombreuses questions que se posent les parents. Car si la consultation chez un « psy » est en constante augmentation, si elle n'est plus aujourd'hui taboue, le milieu de la santé mentale est encore mal connu.

Définir les motifs de consultation - depuis les problèmes du nouveau-né jusqu'aux difficultés de l'adolescent -, faire connaître les structures de soins ainsi que les procédures diagnostiques et thérapeutiques, voilà qui contribuera à lever les zones d'ombre du monde « psy » et à faciliter la demande d'aide psychologique à l'enfant et à l'adolescent.

En collaboration

Texte d'une communication :

« Le psychiatre. Une (ancienne) nouvelle figure du traitement de la dangerosité »



En collaboration

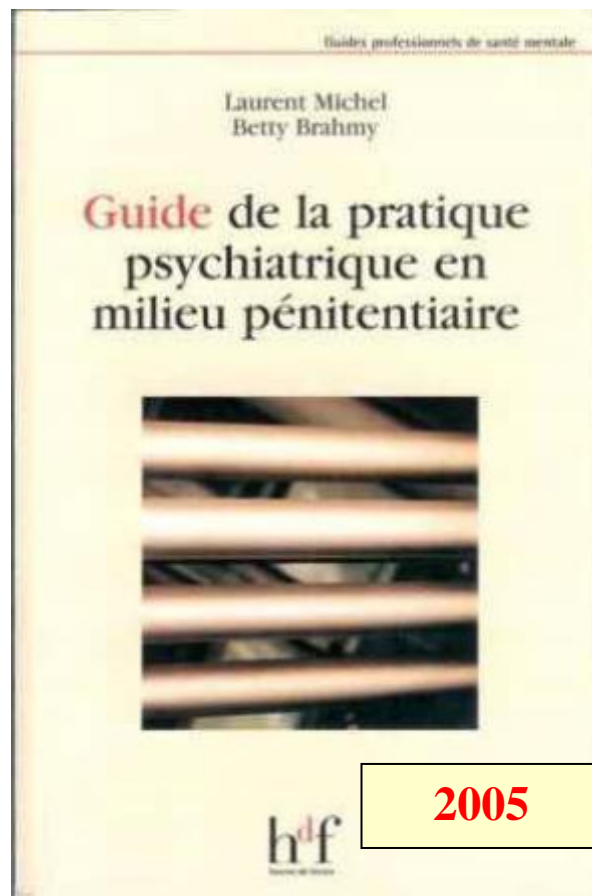
« Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire »

Laurent Michel et Betty Brahmy – Heures de France – 2005

Chapitre : Le cheminement historique des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

L'implantation psychiatrique en milieu carcéral ne fut pas aisée, à la fois par méfiance de l'administration pénitentiaire et de ses personnels mais aussi du fait de l'hostilité de certains psychiatres au prison dans un l'objectif était de l'enfermement participer à une argument reste à évolutions

Le psychiatre est pénitentiaire sur sa maintien de ne s'agit pas d'un simple où, aux travail dans un partenariat avec hospitalière (dans les soignants « l'Ushuaia » du ce qu'il induit chez individuel que



« droit d'ingérence » en moment sociologique où sortir les malades de psychiatrique et non de nouvelle ghettoïsation. Cet méditer au vu des actuelles.

souvent jugé par le milieu capacité à contribuer au l'homéostasie carcérale. Il exercice professionnel complexités inhérentes au environnement difficile en une administration non les deux sens du terme ?), doivent se confronter à comportement humain et à l'autre, aussi bien au niveau collectif, et aux

répercussions de cet extrême sur la manière d'organiser, d'appréhender et de prodiguer les soins.

Les soignants en prison sont, de fait, quotidiennement plongés dans un « laboratoire expérimental d'éthique » et, comme « *c'est à chaque occasion d'accueil des blessés de la vie que l'éthique se trouve engagée* », ils ont matière à interroger sans cesse sur leur pratique face au double paradoxe de la prison : Le *paradoxe des origines*, puisque la prison est née sous sa forme actuelle quand le sujet du roi devenu un citoyen libre acquiert la possibilité de perdre sa liberté, et le *paradoxe éthique* de celui d'une République fière d'être un des flambeaux du respect des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain, mais dont les représentants du peuple sortent horrifiés de leur constat précis et lucide des prisons républicaines, tout en laissant indifférente l'opinion publique.

En collaboration

« Soigner et/ou Punir »

sous la direction de Odile DORMOY, L'Harmattan 1995

Chapitre :

Balade historique autour de la faute et de la punition. La prison a-t-elle encore une fonction ? Pertinence des représentations sociales

Selon Beccaria les principes moraux dérivent de trois sources: la révélation, la loi naturelle et les conventions sociales. La transgression de ces principes met l'individu en faute et conduit à une éventuelle punition.

L'exclusion dans un autre lieu et l'interdiction de séjour dans le paradis terrestre furent la conséquence punitive de la faute originelle, elle-même transgression d'un interdit primordial et unique, initialement repère qui allait donner au genre connaissance et à la genèse complexe.

A partir de la privation de liberté est Amendement, expiation de la politique carcérale de XIXème siècle qui en sa fin puisque certains paraissent amendement, il suffit de les la loi sur la relégation de surtout après la deuxième abandonnant le bagne, réinsertion pour sembler de l'exclusion et les oubliettes.

Actuellement, la droit et de l'organisation de difficiles et la frontière le mal floue. Les solutions orientées par la compulsion (Régis Debray) tandis que infléchir le mouvement en « pensée complexe » d'autres théorisent autour contre l'humanité, ushuaïa ontologique » (Vladimir humain.

La prison et la psychiatrie sont prises dans ce moment historique de crises cumulant à elles deux des occasions d'un questionnement anthropologique nécessaire. De l'expiation à la réinsertion, le temps de l'exclusion est de retour, permettant d'éviter au corps social la réflexion morale sur la faute et de simplifier la réponse à donner à la punition, de ne pas se soucier de ce qu'en pense l'auteur de l'infraction tout en demandant au psychiatre d'instaurer un traitement médical après l'échec du traitement pénitentiaire et social.

En somme, cherchez la faute !



révolution française, la l'essence de la punition. sont les leitmotiv connus la première partie du se veut plus pragmatique : inaccessibles à tout éloigner en application de 1885. Le XXème siècle, guerre mondiale, insiste sur le thème de la nouveau s'orienter vers

complexité infinie du la société rend les repères apparente entre le bien et simplistes fleurissent, à recourir aux sondages certains cherchent à militant pour une (Edgar Morin), ou que de la notion de crime de la « méchanceté Jankélévitch) de l'être

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

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

Vous pouvez également les demander en écrivant à socapsyleg@orange.fr. (et les recevoir gratuitement évidemment). Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

ARTAAS : www.artaas.org

ASPMP : www.asmp.fr

Ban public : www.prison.eu.org

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

SPH : www.sphweb.info

Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication

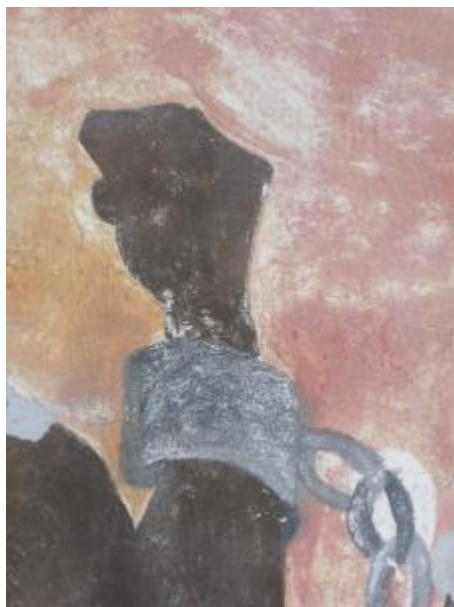
Michel **DAVID**

Psychiatre des Hôpitaux - Président de Socapsyleg

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).



Les illustrations sont toutes des crédits M. David.