

# Actes des « Journées d'échanges psychiatrie & Justice »

## Centre Hospitalier La Chartreuse - Dijon 2013-2016

Journées co-organisées par



# EDITORIAL

---

*La première journée d'échanges Psychiatrie & Justice a été organisée le vendredi 7 juin 2013, par le Centre Hospitalier La Chartreuse en collaboration avec la Préfecture, l'Agence Régionale de Santé, les autorités judiciaires et l'Ordre des Avocats. Celle-ci a permis de réunir les principaux acteurs de la Justice et de la Psychiatrie dans le contexte particulier de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette réforme a indéniablement modifiée les rapports entre la Justice et la Psychiatrie, et a permis d'amorcer une réflexion plus générale sur la place de la personne en souffrance psychique dans la Cité.*

*Le Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse, Bruno MADELPUECH, ainsi que le Président du Conseil de Surveillance, Roland PONSAA ont eu le plaisir d'accueillir environ 90 participants pour la première édition de la journée d'échanges Psychiatrie & Justice.*

*De nombreux responsables régionaux se sont succédés à la tribune tels que Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne, Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or, Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon, Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY Président du TGI de Dijon ou encore Kheira BOUZIANE, députée de la Côte d'Or.*

*Cette journée, gage des bons rapports qu'entretiennent psychiatrie et justice, fut une réussite puisque les professionnels de la psychiatrie et de la justice ont pu confronter leur point de vue et dissiper les incompréhensions qui parfois séparent ces deux univers.*

*Au vu des nombreuses demandes, les Journées d'échanges psychiatrie & Justice ont donc été instituées de façon annuelle avec les thématiques suivantes :*

**2013 :** *La réforme des Soins sans consentement, un an après la mise en place d'une salle d'audience au CHLC / Justice, Santé mentale et citoyenneté.*

**2014 :** *La réforme des Tutelles : enjeux, impacts et perspective / Les signalements.*

**2015 :** *Les conséquences de la séparation parentale sur l'enfant : de l'impact sur la santé mentale aux réponses données par la justice / L'adolescent violent : la nécessité d'une prise en charge conjointe de la justice et de la pédopsychiatrie.*

**2016 :** *Le dispositif de prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques en milieu carcéral / Le patient détenu : spécificité des situations socio-médicales et leur prise en charge.*

*Le principe de ces journées reste le même, à savoir, un échange entre professionnels de la justice et de la santé sur les pratiques de chacun lors de deux tables rondes, dans le respect de son rôle et de ses compétences.*

*Les Journées d'échanges psychiatrie & Justice ont permis un nouveau dialogue enrichissant entre professionnels de la justice et de la santé. Elles sont par ailleurs révélatrices de l'interaction positive qui s'est déjà installée entre psychiatrie et justice et, une illustration de la nécessité de se consacrer mutuellement un temps d'échanges.*

*Un grand merci est adressé à tous les acteurs et partenaires qui ont contribué à faire du déroulement de ces journées un succès. C'est en effet en prenant conscience du rôle et des contraintes de chaque acteur, que la prise en charge des patients pourra se faire dans les meilleures conditions possibles.*

**Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon**

**Charlotte GIRAULT, Responsable des Affaires Juridiques et Chargée des Relations avec les Usagers au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon - Organisatrice des Journées d'échanges psychiatrie & justice.**



# SOMMAIRE

---

## Journée d'échange psychiatrie et Justice du vendredi 7 juin 2013

- Première table ronde : La réforme des Soins Sans Consentement, un an après la mise en place d'une salle d'audience au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse. **Page 10**
- 2<sup>ème</sup> table ronde : Justice, santé mentale et citoyenneté **Page 32**
- Bibliographie **Page 46**



## 2<sup>ème</sup> journée d'échanges psychiatrie et Justice du vendredi 5 juin 2014

- Première table ronde : La réforme des tutelles : Enjeux, impacts et perspectives **Page 64**
- Deuxième table ronde : Les signalements **Page 92**
- Bibliographie **Page 106**



## 3<sup>ème</sup> journée d'échanges psychiatrie et justice du jeudi 18 juin 2015

- Première table ronde : Les conséquences de la séparation sur l'enfant : de l'impact sur la santé mentale aux réponses données par la justice **Page 122**
- Deuxième table ronde : L'adolescent violent : la nécessité d'une prise en charge conjointe de la justice et de la pédopsychiatrie **Page 142**
- Bibliographie **Page 158**



## 4<sup>ème</sup> journée d'échanges psychiatrie et justice du jeudi 16 juin 2016

- Première table ronde : Le dispositif de prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques en milieu carcéral **Page 182**
- Deuxième table ronde : Le patient détenu : spécificité des situations socio-médicales et leur prise en charge **Page 209**
- Bibliographie **Page 242**



## Remerciements





JUSTICE



PSYCHIATRIE

Journée d'échanges

# Psychiatrie & Justice

## Les actes

Vendredi 7 juin 2013

Centre Hospitalier La Chartreuse  
1 boulevard Chanoine Kir - DIJON

Journée organisée par



PRÉFET DE LA CÔTE-D'OR



# Sommaire

## PREAMBULE

---

Première table ronde : LA REFORME DES SOINS SANS CONSENTEMENT, UN AN APRES LA MISE EN PLACE D'UNE SALLE D'AUDIENCE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE

---

\* **Intervention liminaire** .....page 10

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse
- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel
- Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé
- Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or

## I) PREMIÈRE PARTIE : INTERVENTION DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA RÉFORME

- **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 12  
Joël FISZKA, Directeur-adjoint, responsable du Bureau des Soins sans Consentement (BSSC) du Centre Hospitalier La Chartreuse et Maître Anne GESLAIN, avocat au Barreau de Dijon représentant le Centre Hospitalier La Chartreuse : **Mise en place de la réforme des soins sans consentement au sein du CH.**
- **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 14  
Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or : **L'ordre public et les soins sans consentement.**
- **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 15  
Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois et Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Président de la Commission Médicale d'Etablissement : **L'impact de la réforme des soins sans consentement dans le processus thérapeutique : regards croisés sur deux pratiques de Centres Hospitaliers.**
- **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 18  
Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal de Grande Instance de Dijon : **Le juge et les soins sans consentement.**
- **5<sup>ème</sup> intervention** : .....page 25  
Maître Thierry BERLAND, membre du conseil de l'ordre des Avocats de Dijon, Avocat au Barreau de Dijon : **La place de l'avocat dans le cadre de la loi du 5 juillet**  
Maître Franck PETIT, Avocat au Barreau de DIJON : **La loi du 5 juillet et la place du débat contradictoire**

## II) DEUXIÈME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

- Modérateurs : - Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de DIJON,  
- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon,  
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.



\* **Intervention liminaire** .....page 31  
- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,  
- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,  
- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon

## I) PREMIÈRE PARTIE : LES ATTENTES DE LA JUSTICE CONCERNANT LA PSYCHIATRIE

• **1<sup>ère</sup> intervention** .....page 34  
Docteur Julien LUC, Psychiatre du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) du Centre Hospitalier La Chartreuse : **La représentation sociale de la dangerosité et de la maladie mentale.**

\* **2<sup>ème</sup> intervention** .....page 35  
Maître Samuel ESTEVE, Avocat au Barreau de DIJON : **Les enjeux de l'expertise psychiatrique dans la procédure pénale.**

\* **3<sup>ème</sup> intervention** .....page 36  
Alicia VIVIER, Vice-présidente chargée de l'application des peines à DIJON et Marie-Noëlle LORIOT, Vice-procureure de la République de DIJON : **Les attentes de la Justice dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.**

## II) DEUXIÈME PARTIE : APERÇU DES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA CITÉ

\* **5<sup>ème</sup> intervention**.....page 39  
Claude DARCIAUX, Maire de Longvic, Présidente du Conseil Local de Santé Mentale et Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse : **Le rôle du Conseil Local de Santé Mentale dans l'accompagnement dans la Cité.**

\* **6<sup>ème</sup> intervention**.....page 41  
Pascal LIEBAUT, Cadre de santé auprès de Centre médico-psychologique : **L'accompagnement aux soins : la réalité de la pratique sur le terrain.**

\* **7<sup>ème</sup> intervention** : .....page 41  
Docteur William GUICHERD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Marie AUDOIN, Psychologue au Centre Hospitalier La Chartreuse: **La psychiatrie citoyenne et le changement des représentations sociales de la maladie mentale.**

\* **Echange avec la salle et clôture**.....page 43

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de DIJON,  
- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,  
- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse.

## BIBLIOGRAPHIE

---

« **Psychiatrie & Justice** » .....page 46

« **Psychiatrie citoyenne** » .....page 54

# 1<sup>ère</sup> table ronde : LA RÉFORME DES SOINS SANS CONSENTEMENT, UN AN APRÈS LA MISE EN PLACE D'UNE SALLE D'AUDIENCE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE DE DIJON.

La loi du 5 juillet 2011 portant réforme des soins sans consentement a profondément modifié les pratiques professionnelles.

Un an après la mise en place d'une salle d'audience au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse, il convenait de faire un bilan de l'application de cette loi et de permettre aux différents acteurs de cette réforme (Préfecture, Agence Régionale de Santé, personnel médical et soignant, magistrats et avocats) d'échanger sur leurs pratiques.

## INTERVENTIONS LIMINAIRES

**- Roland PONSAA, Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Mesdames, Messieurs,

En tant que Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de La Chartreuse, je me réjouis tout d'abord de pouvoir vous accueillir dans cet Amphithéâtre (l'ancien Amphithéâtre de l'Ecole d'infirmiers psychiatriques) dont nous avons inauguré la rénovation il y a quelques mois mais qui, malheureusement, a subi les importantes inondations du 3 mai qui l'avait rendu inutilisable jusqu'à ce jour. Grâce notamment aux services techniques que je remercie, c'est donc la 1<sup>ère</sup> fois depuis 1 mois que nous pouvons à nouveau nous retrouver ici.

Je tiens à saluer les nombreuses personnalités présentes qui nous ont fait l'honneur de bien vouloir participer et intervenir à cette 1<sup>ère</sup> Journée d'échanges Psychiatrie & Justice et plus particulièrement :

- M. Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, représentant M. le Préfet
- M. Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon
- M. Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon ainsi que les Vice-Présidentes, Mmes Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention et Alicia VIVER, chargée de l'application des peines
- Mme Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon.
- Mme Marie-Noëlle LORIOT, Vice-Procureur de la République
- M. Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne
- Maître Thierry BERLAND, Membre du Conseil de l'Ordre des Avocats de Dijon ainsi que Maître Anne GESLAIN, Maître Samuel ESTEVE et Maître Franck PETIT, Avocats au Barreau
- Mme Claude DARCIAUX, Maire de Longvic, Président du Conseil Local de Santé Mentale
- Le Dr Jean-Pierre CAPITAIN, Président de la Commission Médicale de l'Etablissement
- Le Pr Bernard BONIN, Chef du Service Psychiatrie Générale et Addictologie au CHU de Dijon
- Les Docteurs Gérard MILLERET, Chef de Pôle, William GUICHERD, Julien LUC et Thomas WALLENHORST, Psychiatres
- Mme Marie AUDOIN, Psychologue et M. Pascal LIEBAUT, Cadre de santé
- Tous les professionnels de la Justice et de la Psychiatrie que je ne peux pas citer mais qui nous font le plaisir d'être présents.

Cette 1<sup>ère</sup> journée d'échanges va être l'occasion d'un bilan et d'un échange entre les différents acteurs sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 réformant les soins sans consentement et la qualité des intervenants me laissent à penser que le dialogue devrait être riche et constructif.

Je remercie enfin les organisateurs de cette Journée et notamment le Directeur du Centre Hospitalier, M. Bruno MADELPUECH, à qui je laisse la parole pour vous présenter le déroulement

**- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :**

La mise en place de la loi du 5 juillet 2011 a été complexe, mais nous avons réussi à la mettre en place, dans le cadre du parcours du patient-citoyen. La création d'une Salle d'audience dans l'établissement pour un débat contradictoire représente tout le paradoxe de la situation : soigner tout en respectant la liberté du patient.

Nous parlerons également de la psychiatrie communautaire : nous ne sommes plus dans un asile mais nous soignons des personnes qui ont un handicap psychique dans la société.

**- Kheira BOUZIANE, Députée de Côte d'Or :**

Je suis ici parce que personnellement et en tant qu'élue locale, je m'intéresse énormément à la prise en charge de la santé mentale dans la Cité. De plus, en tant que député, membre de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale, nous avons été chargés par Madame la Ministre de mener une mission sur la santé mentale : un rapport d'étape rédigé par Denys Robillard vient d'être publié. Celui-ci a été entrepris dans un contexte de censure de certains articles de la loi de 2011 par le Conseil Constitutionnel. Il fallait donc rapidement que le législateur réponde à cette décision. Si le rapport s'intéresse exclusivement aux soins sans consentement, tout ne s'arrête pas là, on essaye de prendre la santé mentale dans sa globalité. Le rapport se place comme le porte-voix, la mission de la Commission sera amenée notamment à se déplacer dans les établissements pour constater sur le terrain des initiatives qui ont été prises : notamment au sujet de la psychiatrie citoyenne.

**- Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne :**

Je remercie les organisateurs de la journée, c'est une démarche exemplaire de se rassembler autour de questions fondamentales : celles de conciliation des garanties individuelles et de la préservation de la sécurité des citoyens, et de l'accompagnement des patients en dehors de l'hôpital. L'organisation de la journée va dans le sens du Projet Régional de Santé qui comporte une volonté marquée d'améliorer les parcours de santé des personnes malades mais aussi pour la population dite « fragile » (les personnes âgées, les jeunes, les personnes en situations de précarité et les handicapés psychiques). Je tiens à remercier M. MADELPUECH pour la mise en œuvre de ces politiques. Le projet majeur est d'adapter davantage la prise en charge à la situation particulière de chaque personne. La première responsabilité des professionnels est d'aller vers le patient pour qu'il accepte la démarche de soins, d'où l'importance des Soins sans consentements et celle de l'accompagnement, de l'accueil et de la capacité de mobiliser tous les acteurs sociaux pour accompagner les patients. La maladie ne peut se limiter aux soins, elle doit s'intégrer dans la Cité. Il est nécessaire pour que l'on puisse appuyer l'action des décroisements des patients. S'agissant du rôle de l'ARS dans les soins sans consentement, elle n'est pas décisionnaire dans ce domaine, mais l'objectif est d'apporter un appui nécessaire au Préfet. Ceci n'est pas aisé en Bourgogne car on compte six Tribunaux de Grande Instance. La matière est complexe mais après 18 mois de fonctionnement, l'impression est positive et les chiffres sont d'ailleurs parlants quant à l'importance de l'activité dans ce domaine. La saisine du Juge des Libertés et de la Détention est importante et l'on ne dénombre qu'une seule saisine pour laquelle les délais n'ont pas été respectés. Ces résultats relativement satisfaisants sont liés au travail que nous avons fourni tous ensemble. Cette coopération entre institutions a été préparée de longue date et permet d'harmoniser les approches pour des prises de décisions efficaces.

**- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon :**

Cette rencontre a un intérêt important pour l'institution judiciaire locale tant la réforme a multiplié l'occasion de statuer pour les magistrats. 96% des ordonnances du Juge des Libertés et de la Détention sont rendues sur contrôle obligatoire : c'est l'innovation majeure de la réforme.

Il nous appartient donc ensemble, mais chacun à notre place et dans notre rôle, de relever deux défis dans l'application de ces lois :

1 – celui de la conciliation de deux principes à valeur constitutionnelle que la loi nouvelle vise à garantir :

- le droit à la protection de la santé,
- la protection de la liberté individuelle, dévolue traditionnellement au pouvoir judiciaire.

Cette contradiction, inhérente à la notion de soins non consentis, peut se résoudre dans le principe de rigueur nécessaire (retenu par le Conseil Constitutionnel) qui impose de n'apporter aux droits et libertés individuelles que des atteintes « adaptées, nécessaires et proportionnelles à l'objet poursuivi » c'est-à-dire le soin du patient et la préservation de l'ordre public.

2 – celui de la transparence, c'est-à-dire plus précisément de la motivation des décisions :

A une époque où droit à l'information et volonté de communication se retrouvent dans cette notion de transparence, qui peut aussi aller du flou artistique à l'obscur clarté, le juge doit savoir que dire, comment et à qui.

S'agissant d'une esquisse d'un bilan après 21 mois d'application, on peut tenter d'observations principales :

a) L'investissement de l'institution judiciaire dans la réforme est globalement réussi.

On relève au niveau national 62 823 saisines des JLD (juge des libertés et de la détention) dont 60 000 en application de l'article L.3211-12-1 qui constituent une activité supplémentaire, ce qui représente une lourde charge avec peu de moyens nouveaux (aucun en ce qui concerne les magistrats), en particulier à Dijon où nous avons d'autres réformes à mener de front telles que les citoyens assesseurs, réforme aujourd'hui remise en cause.

L'application de la loi a été marquée par un certain pragmatisme notamment en ce qui concerne les lieux de l'audience (au niveau national 30 % dans les hôpitaux, 70 % dans les juridictions) ; à Dijon, la délocalisation des audiences au Centre Hospitalier La Chartreuse permet, grâce à l'infrastructure mise en place, de préserver parfaitement la dignité des patients et des conditions du débat.

L'application de la loi est rassurante : dans le cadre du contrôle obligatoire du JLD, près de 82 % des ordonnances confirment le maintien des mesures de soins sans consentement et seules 5% en prononcent la mainlevée, le reste des ordonnances instituant une expertise ou constatant le défaut d'objet de la saisine.

Les JLD se sont formés et concertés, mais comme tout juge, ils sont indépendants et peuvent avoir leur jurisprudence personnelle, surtout dans une matière où existe une large part d'appréciation au cas par cas.

b) On assiste à un changement de l'office du juge : il intervient désormais dans le cadre d'une saisine de plein droit et non plus seulement sur recours du patient ; ainsi le juge devient davantage acteur de la prise en charge psychiatrique, ce qui le conduit à approfondir sa réflexion sur son rôle et la manière dont il est perçu et modifie ses rapports avec les établissements et le corps médical.

Il s'agit désormais d'une situation de partenariat, même si le juge, qui est le plus souvent un généraliste reste et doit rester un juriste. Ce partenariat ne peut aboutir que dans le respect réciproque et en s'attachant à mieux appréhender les pratiques et les difficultés des soignants, sans tomber dans la connivence : une telle situation correspond à une préoccupation éthique classique chez le juge à l'égard de ses autres partenaires mais qui n'est jamais acquise. Là aussi, il faudra lutter contre l'habitude car, pour reprendre la formule de Pierre DRAI, un juge habitué est un juge mort pour la justice.

## I. LES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA RÉFORME

➤ **La mise en place de la réforme des soins sans consentement au sein du CH La Chartreuse :**

**- Joël FISZKA, Directeur-adjoint, responsable du Bureau des Soins Sans Consentement (BSSC) du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :**

- Analyse statistiques de la pratique des soins psychiatriques sans consentement au Centre Hospitalier la Chartreuse :

Soins psychiatriques sans consentement - Années 2010 et 2012						
Libellés	2010		2012		2012-2010	
	HO-SDRE - Procédure normale	10	24%	5	9%	-5
HO-SDRE - Procédure urgente	8	20%	25	47%	17	213%
HO-SDRE - Détenus	20	49%	22	42%	2	10%
HO-SDRE - Procédure judiciaire	3	7%	1	2%	-2	-67%
<b>Total des HO-SDRE</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>29%</b>
HDT-SDDE - Procédure normale	332	86%	330	79%	-2	-1%
HDT-SDDE - Procédure urgente	54	14%	24	6%	-30	-56%
SDDE - Procédure péril imminent			64	15%		
<b>Total des HDT-SDDE</b>	<b>386</b>	<b>100%</b>	<b>418</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>8%</b>
<b>Total des HO-HDT/SDRE-SDDE</b>	<b>427</b>		<b>471</b>		<b>44</b>	<b>10%</b>

En premier lieu, nous pouvons constater une augmentation des soins sans consentement. Cette augmentation peut être due à la nouveauté qu'apporte la loi, à savoir la procédure de péril imminent en l'absence de tiers demandeur de soins. La procédure d'urgence est une procédure qui a un caractère exceptionnel, et il y a une particularité à Dijon puisque les urgences psychiatriques ne sont pas situées au Centre Hospitalier la Chartreuse mais au Centre Hospitalier Universitaire, le Bocage Central. Dans 50% de ces procédures d'urgence en provenance des urgences du CHU, le péril imminent est utilisé car il n'y a pas de tiers sur place. Cela pose un problème dans la mesure où l'on ne peut régulariser la procédure de péril imminent.

Soins psychiatriques sans consentement - Année 2012									
Interventions du Juge des Libertés et de la Détention									
Libellés	SDRE			SDDE			Total SDRE+SDDE		
Pour mémoire - Total 2012	53	100%		418	100%		471		
Nombre de saisine du JLD	20			163			183		
Nombre d'audience JLD	20	38%	100%	146	35%	100%	166	35%	100%
Nombre d'annulation d'audience	0			17			17		
Nombre de levées avant audience JLD	33	62%		272	65%		305	65%	
Nombre de levées ordonnées par le JLD	0		0%	10		7%	10		6%
Nombre de programmes de soins (PSP)	3			29			32		
Nombre de requête de levées par patients				25					
Nombre de transfert vers l'UHSA	5								

Deux tiers des patients ne voient pas le Juge des Libertés et de la Détention. La levée recouvre deux types de situations : soit l'hospitalisation complète en soins sans consentements est levée, soit c'est la mesure de soins sans consentements qui est elle-même levée. On constate que dans 90% des cas, le patient poursuit les soins en Hospitalisation Libre après la levée de sa mesure de soins sans consentement.

Le Bureau des Soins sans Consentement (BSSC) se consacre exclusivement aux mesures de Soins sans consentement. Rattaché à la Direction des Affaires Financières-Système d'Information, le bureau est composé d'un directeur adjoint, d'un responsable du service et de deux assistantes administratives, dont l'un des postes a été financé par l'ARS et l'Assurance Maladie suite à la réforme du 5 juillet 2011. Le Bureau des Soins Sans Consentements assure une continuité du service, il est ouvert toute la semaine de 8h à 18h. La responsabilité des soins sans consentements est transférée à l'UMAO et au Directeur de garde pour les jours et les heures non ouvrables.

**- Maître Anne GESLAIN, avocate au Barreau de Dijon représentant le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :**

La nécessité d'être accompagné d'un conseil n'a pas été immédiatement ressentie par le CH La Chartreuse. De juillet 2011 à mars 2012, le CH La Chartreuse adresse les dossiers pour saisine au Juge des Libertés et de la Détention sans être présent, ni représenté aux audiences. Mais la nécessité de se faire représenter va faire jour en raison de deux événements : tout d'abord la délocalisation des audiences au sein de la salle d'audience du Centre Hospitalier La Chartreuse, puis la création d'un pool d'avocats au sein de l'ordre des avocats, spécialisés ou tout du moins intéressés en la matière.

Très rapidement, ces deux événements ont conduit au dépôt de conclusions mettant en cause la procédure et à ce que les Juges des Libertés et de la Détention soient tentées de faire venir à l'audience les directeurs-adjoints signataires des décisions attaquées pour leur forme.

Dans ce contexte, le CH La Chartreuse fait alors appel à un conseil, à même de répliquer à des conclusions et à le représenter aux audiences.

Le rôle imparti à ce conseil va cependant bien au-delà d'une représentation à l'audience et d'une réplique orale ou écrite à des arguments juridiques. Ainsi, depuis le choix par le CH La Chartreuse de faire appel à un avocat, un véritable travail sur le fond et la forme des dossiers a été entrepris. Certains documents ont été revus ou retravaillés, tels que l'arrêté de délégation de signature du directeur aux directeurs-adjoints, le document établissant la notification des droits au patient ou la motivation des décisions administratives. Au-delà, il s'agit également, et surtout, d'un rôle de « facilitateur » de compréhension d'un monde, le monde judiciaire, pour les médecins et les personnels administratifs.

Ainsi, l'avocat s'emploie à expliquer comment un juge peut raisonner, travailler ainsi que celle de l'avocat du patient, à entendre la position des médecins et des administratifs, la concilier avec les exigences de la procédure. Enfin, à instaurer un dialogue constructif avec les acteurs judiciaires, tant au niveau du Tribunal de Grande Instance que de la Cour d'Appel.

L'objectif de toutes ces actions étant d'aboutir à des dossiers irréprochables sur la forme, garants des libertés et des droits fondamentaux. Le fond des dossiers reste évidemment hors de portée des acteurs judiciaires et dévolus aux seuls médecins psychiatres.

➤ **L'ordre public et les soins sans consentement :**

**- Sébastien HUMBERT, Sous-Préfet, Directeur de Cabinet de la Préfecture de Côte d'Or :**

Mon intervention représentera certes un témoignage institutionnel mais aussi celui d'un jeune sous-préfet responsable dans le département de l'Ordre Public et du respect des libertés.

Les Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat, sont pour moi un parapheur noir sur lequel est écrit « HO » que l'on me presse de signer. La responsabilité est énorme pour le Représentant de l'Etat et il faut que la chaîne protocolaire fonctionne très bien.

Charles de Gaulle déclarait lors de son voyage en Chine « je pars vers l'orient compliqué avec des idées simples », on n'a donc pas le temps d'entrer dans la subtilité médicale et juridique, le travail est binaire : je signe ou je ne signe pas.

Le Représentant de l'Etat veille à la sûreté des personnes et intervient quand les troubles mentaux d'une personne portent atteinte à l'Ordre Public, à la sûreté des personnes de façon grave. L'Ordre Public dans sa définition du Code Général des Collectivités Territoriales, constitue la sécurité, la salubrité et la tranquillité publique, mais il est du devoir du Préfet d'en évaluer l'atteinte. L'atteinte aux libertés doit être proportionnée à l'atteinte à l'Ordre Public. Le Préfet assume alors une lourde responsabilité, celle-ci étant évidemment juridique mais aussi politique et médiatique.

Je me pose la question de ma compétence liée. En effet dans certaines circonstances, lorsque le Préfet ne suit pas l'avis du psychiatre, il est possible de demander un deuxième avis à un autre médecin, mais je suis dans l'obligation de respecter ce dernier.

Ayant pour mission d'assurer le respect des libertés individuelles, il faut que je puisse me fonder sur des éléments précis et suffisamment clairs. Je prends la décision en vertu de documents, des chaînes protocolaires et réglementaires. Ce n'est pas le cas partout. Dans d'autres départements cette chaîne protocolaire provoque des insatisfactions.

On reproche en effet une insuffisance de motivation, la présence de contradictions, la rédaction « copier/coller », le caractère manuscrit, une dangerosité pas assez caractérisé; ces critiques semblent partagées dans certains département, ce qui fragilise la procédure. Dans ce contexte, il faut des partenaires au sein de cette chaîne, des partenaires en qui l'on a confiance. Notre premier partenaire est l'ARS de Bourgogne qui rédige des dossiers parfaits. Des échanges avec les maires ont lieu, ceux-ci se montrent souvent réticents face à la responsabilité de prononcer une mesure de soins sans consentement.

Une nouveauté de la loi est la sortie accompagnée de courte durée. Le patient peut être accompagné par une personne de sa famille ou la personne de confiance, il faut une certaine vigilance des Représentants de l'Etat pour la première sortie. Il faut mettre en place un protocole de coordination.

Une piste d'amélioration se trouverait dans la relation que l'on entretient avec les maires. C'est un peu le point faible du dispositif. On a également une progression à faire dans la matérialisation de la preuve que le patient bénéficie de l'information sur ses droits.

Actuellement, et suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité, nous sommes dans une phase de révision de la loi. Le Conseil Constitutionnel a laissé au législateur jusqu'au 1er octobre pour revoir les dispositions qu'il a censurées. Mais le délai approche et il y a un risque que la loi ne soit pas adaptée, il y aura de nouveau une période transitoire.

En conclusion, il faut dire que cette procédure fonctionne en Bourgogne. C'est un acquis, mais il y a encore des progrès à faire, par exemple, dans les services de l'Etat notamment pour former les sous-préfets.

➤ **L'impact de la réforme des soins sans consentement dans le processus thérapeutique : regards croisés sur deux pratiques de Centres Hospitaliers :**

**- Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois :**

Pour commencer, je vais vous faire part de quelques observations de la pratique des soins sans consentement à Semur-en-Auxois.

En 2012, il y a eu 68 hospitalisations en soins sur Décision d'un Tiers, 6 en soins sur Décision du Responsable de l'Etat, et 17 programmes de soins psychiatriques. Le tout pour une population de 64000 habitants.

Nous disposons au sein du Centre Hospitalier de Semur, d'une unité ouverte, et d'une unité fermée, un service d'hospitalisation de jour et un Centre Médico Psychologique avec des antennes et un centre d'addictologie. Nous travaillons en collaboration avec les urgences. En effet, la plupart des patients hospitalisés suite à une demande de soins de la part d'un tiers passe par les urgences et les hospitalisations sont régulées par le 15. Nous ne disposons malheureusement pas de somaticien en permanence dans nos services, ni d'un SMUR psychiatrique. C'est un urgentiste qui le plus souvent se déplace pour effectuer l'examen somatique.

Les changements occasionnés par la réforme du 5 juillet 2011 sont-ils conformes aux besoins de la Prise en Charge ? La loi est un compromis entre l'état, les représentants des usagers et les psychiatres. Dans le cas du Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois le premier certificat émanant d'un médecin extérieur à la structure est souvent un urgentiste. Il y a donc une nécessité de guider les urgentistes dans la rédaction des certificats car s'ils ne sont pas conformes, il y a un risque que la mesure soit levée par le juge.

De plus il faut savoir qu'un urgentiste peut être troublé par le calme apparent d'un patient chez lequel le médecin généraliste ou la famille a révélé des troubles manifestes.

Le certificat doit pouvoir éclairer un non médecin qui a un pouvoir de décision. Le certificat, idéalement, devrait être composé des éléments suivants : des doléances du patient, des observations cliniques, des observations rapportés par un tiers (en précisant bien, qu'elles émanent d'un tiers), la conclusion d'un état sémiologique et enfin, mentionner l'impossibilité de donner le consentement aux soins et certifier que la personne a besoin de soins psychiatriques immédiatement en citant les articles du Code de la Santé publique qui s'y rapportent.

Dans le cadre des mesures de Soins sans consentement sur décision du Représentant de l'Etat, l'accent est mis sur les troubles à l'ordre public. Ensuite, vient seulement la sûreté des personnes, puis le refus de soins. Il est donc possible de décider d'une mesure de soins sur Décision du Représentant de l'Etat sur la notion de trouble à l'ordre public et de la maintenir si ce trouble s'explique par des troubles mentaux et qu'ils sont attestés par des certificats médicaux. Mais une mesure de soins sous contrainte sur décision du Représentant de l'Etat ne nécessite pas qu'il ait une dangerosité manifeste.

Une innovation de la loi du 5 juillet 2011 est le Programme de soins psychiatriques, qui n'est pas une mauvaise idée en soi et qui permet de garder un contact avec un patient inconscient de sa maladie. Mais le législateur a suivi, pour mettre en place ce programme, le modèle des obligations de soins, et l'on connaît la difficulté de l'application de cette pratique. Les soins ambulatoires semblent problématiques dans la mesure où ils ne sont pas respectés. En effet, ces soins doivent être librement consentis par le patient pour être efficace. Une injection de NAP peut, par exemple, être refusée. De plus, si le patient ne se présente plus, l'hôpital n'a aucun moyen de recours hormis le recours aux mesures de soins à la demande d'un tiers.

Les Programmes de soins ordonnés par le juge « sous 24h » nous exposent à une situation délicate, dans la mesure où il faut préparer un patient pour le Programme de soins. Mais le faire en seulement 24 heures est impossible. Il faut gagner la confiance du patient pour mettre en place un tel programme, car que se passe-t-il s'il ne se présente plus, doit-il retourner en hospitalisation complète ?

En ce qui concerne l'impact de l'audience du Juge des Libertés et de la Détention dans le processus de soins, le contrôle systématique est une bonne chose et l'audience du juge a souvent un effet bénéfique. Le patient peut ainsi réaliser qu'il a besoin de soins.

Le juge agit donc comme un partenaire, une autorité bienveillante qui a un effet apaisant sur le patient. Malheureusement dans la pratique du Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois, les audiences devant se dérouler au Tribunal de Grande Instance sont très contraignantes. Un soignant doit obligatoirement accompagner le patient et cela prend toute une matinée dans la mesure où il faut se déplacer jusqu'à Dijon. L'absence du soignant accompagnateur a des conséquences sur la bonne marche du service : des activités thérapeutiques n'ont pas lieu ou encore il n'y a pas de sorties possibles.

Si le patient est trop délirant, il ne peut être déplacé, il faut alors lui fournir un certificat de non audition. Une solution résiderait dans le déplacement du Juge des Libertés et de la Détention au sein de nos unités. Le patient pourrait être ainsi auditionné sur place. Il faut souligner que l'audition est importante dans le processus thérapeutique.

Je m'interroge également sur le bien-fondé de remettre en main propre les certificats du patient au moment de la communication de la mesure de soins sans consentement. Cette disposition fait directement référence à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Je suis opposé à cette pratique car je pense que confronter un patient qui va mal à ce que les médecins pensent de sa pathologie est très violent. De plus, il peut être mentionné dans ces certificats ce qu'ont dit les tiers. Ces éléments ne sont pas communicables dans la mesure où ils peuvent mettre en cause le tiers. Le patient pourrait chercher à se venger plus tard. Il me paraît alors plus judicieux de synthétiser le contenu de type « le Docteur... a constaté...un état délirant ».

**- Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement :**

La loi du 5 juillet a été appliquée « à la hussarde » dès le 1<sup>er</sup> août 2011. Elle était attendue depuis des années mais il a fallu attendre une Question Prioritaire de Constitutionnalité pour en bouleverser le calendrier. Cette loi a donné lieu à des débats violents et son application sur le territoire est inégale. Qualifiée par un certain nombre de psychiatres de sécuritaire ou d'anti thérapeutique, elle apparaît surtout



comme administrative et « normalisante », alors même que les décrets d'application importants manquent, notamment pour le volet « social » ou la réponse aux urgences.

Les droits des patients sont réaffirmés, sans exclure les bonnes pratiques qui sont mises à mal dans leur continuité, du fait de la multiplication de certificats médicaux redondants et par la mobilisation des soignants dont le rôle est de plus en plus réduit au rôle d'accompagnateurs, sans moyens supplémentaires. Quelques aspects positifs seront néanmoins abordés dans mon développement.

Les changements marquants de cette loi sont bien sûr le péril imminent, la période observationnelle de 72 heures, l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention, et le programme de soins ambulatoire obligatoire.

Tous les protagonistes de cette nouvelle loi ont rencontrés des difficultés dans son application.

Tout d'abord les psychiatres qui sont confrontés à une augmentation considérable de la charge de travail et ce, sans augmentation de moyens. Cette augmentation de la charge de travail est principalement due à la prolifération des certificats médicaux, la participation aux collèges de soignants ainsi que l'intervention dans d'autres secteurs en cas de désaccord entre un praticien et le Préfet par demande du Directeur.

De plus certains secteurs sont touchés par un manque de praticiens. Il y a une désorganisation lors des gardes et astreintes notamment pour les Soins sur Décisions du Directeur d'Etablissement (SDDE) d'urgence ou pour les SDDE pour péril imminent. La multiplicité des certificats qui entraîne la multiplicité des praticiens tend à discréditer la qualité de la prise en charge. On constate également un risque accru d'engagement de la responsabilité personnelle des praticiens, comme l'a démontrée l'affaire de Marseille.

La nouvelle loi pose également des difficultés pour les équipes soignantes.

Tout d'abord en intra hospitalier où l'on constate une augmentation de la charge de travail liée à la multiplicité des certificats et à l'implication des infirmiers qui en découle, notamment au niveau de l'information à donner aux patients, aux accompagnements au TGI ou à la Cour d'Appel pour les audiences, ainsi que la participation aux collèges de soignants.

Des problèmes sont rencontrés par les équipes soignantes en extra hospitalier, qui doivent faire preuve d'une vigilance accrue autour des PSAO. De plus, la loi représente également une charge de travail en plus avec la notification administrative du PSAO en ambulatoire à chaque certificat mensuel et lors de chaque modification, les rappels multiples aux patients du cadre des soins ambulatoires, la multiplication du nombre des VAD.

Les nombreuses sollicitations de l'entourage et des acteurs de soins et sociaux autour de patients demandent également plus d'attention de la part des soignants, ainsi que l'organisation des ré-hospitalisations complètes ou séquentielles.

Les patients sont également en proie à des difficultés face à la loi du 5 juillet 2011, en effet on assiste à une multiplicité des praticiens lors des premiers jours d'hospitalisation complète, mettant en péril la notion de rencontre chez des patients fortement perturbés ayant des difficultés majeures à se repérer. De plus, les audiences par Visio conférence sont mal vécues par certains patients délirants et hallucinés et la présentation devant le Juge des Libertés et de la Détention est perçue comme stigmatisante pour certains patients. Les notifications administratives sont vécues comme une intrusion pour les patients et le rappel régulier de la contrainte auquel sont soumis les patients est assez mal vécu par ceux-ci.

La loi pose aussi des difficultés dans le monde judiciaire. En effet, les magistrats souffrent d'un cruel manque de moyen et de formation et à des difficultés de fonctionnement au tribunal. Ces phénomènes sont accentués par le fait que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le contentieux de la loi est dévolu au juge judiciaire, mettant fin à la répartition entre le juge administratif et le juge judiciaire.

Les avocats, dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, sont devenus des protagonistes presque incontournables. Ils ont pour mission d'être au côté du patient lors de l'intervention du juge des Libertés et de la Détention, afin que soit respecté le principe du contradictoire. Les avocats prêtent une attention toute particulière aux éléments formels. Leur présence est un motif supplémentaire pour être particulièrement précis et informatif lors de la rédaction des certificats qui sont imposés par la procédure.

La loi du 5 juillet 2011 comprend également certains dysfonctionnements. Les permissions sans accompagnements ne sont pas réglementées par la loi. De plus, celles-ci semblent entraver l'immersion

sociale progressive du patient et limitent le rétablissement du lien avec les familles déjà affectées, rendant la resocialisation du patient difficile.

Les conséquences de la loi sur notre pratique sont importantes, il faut désormais rédiger nos certificats de façon précises en répondant aux critères de la loi, et prendre en considération qu'ils seront lus par le Juge des Libertés et de la Détention ; et qu'en cela il faut penser que les termes utilisés dans les certificats doivent convaincre le juge.

La loi a tout de même fait l'objet d'évolutions récentes à travers des rapports qui se montrent critique à son égard, une abondante jurisprudence et, dernière évolution, la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012, censurant certaines dispositions de la loi.

Certains rapports ont en effet pointé du doigt certains dysfonctionnements de la loi, notamment le contrôleur général des lieux de privation de libertés qui a, dans un rapport du 14 octobre 2011, critiqué le principe des audiences par Visio conférence. La jurisprudence se montre également pointilleuse à l'égard du respect des dispositions de la loi, le juge n'hésitant pas à prononcer une mainlevée lorsque le certificat médical n'est pas suffisamment caractérisé.

Par sa décision QPC du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a censuré certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011. Les sages ont jugés anticonstitutionnelles les conditions très restrictives de sortie pour les patients réputés dangereux. Le Conseil Constitutionnel a laissé aux législateurs jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2013 pour revoir leur copie, l'abrogation immédiate de la loi ayant des conséquences trop excessives. Le législateur devra dissiper le flou qu'entoure cette vaste notion de la dangerosité des malades mentaux et surtout différencier au sein du groupe des patients en UMD ceux ayant bénéficié de l'irresponsabilité pénale et les patients particulièrement dangereux au regard des faits commis.

Le 18 décembre 2012, le Tribunal Correctionnel de Marseille a rendu une décision pour le moins inquiétante. Dans cet arrêt, il est reproché au psychiatre de l'accusé d'être indirectement responsable du crime qu'il a commis en raison de négligence et de manquement à une obligation de sécurité et de prudence imposé par la loi.

La loi nouvelle doit conduire à un examen quasi systématique de nos certificats, ils doivent refléter notre prise en charge, et il faut, dans ce contexte, bien connaître les critères de risque de passage à l'acte chez le patient et adapter sa prise en charge à ces éléments.

Pour conclure, chez les patients dont la pathologie atteint leur capacité de discernement et diminue voir aboli l'autonomie psychique, il est légitime de prévoir des conditions spécifiques de soins. Ils doivent bénéficier de garanties fortes permettant de recueillir leurs observations. Mais on a pu constater qu'adapter ce principe à celui de la réalité du soin n'est pas une chose simple et surtout, il faut que nous nous adaptions à ce nouveau corpus de règles.

➤ **Le juge et les soins sans consentement :**

**- Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

A peine la Loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge était-elle votée au parlement à l'issue de débats et de travaux préparatoires houleux que les premières critiques fusaient de toute part.

Voici ce que deux médecins psychiatres des hôpitaux, en la personne de Daniel ZAGURY et de Gilles VIDON, tous deux experts judiciaires reconnus, lesquels interviennent d'ailleurs régulièrement au sein des dispositifs de formation initiale et continue de l'Ecole Nationale de la Magistrature, écrivaient dans une tribune du Journal LIBERATION intitulée « *Délirante loi sur les soins sans consentement* » et publiée le 12 juillet 2011 :

« Nous l'avons suffisamment répété, la loi sur les soins sans consentement en psychiatrie, qui vient d'être votée par le Parlement, est rigoureusement inapplicable en l'état. La plus grande difficulté concerne le rôle du juge des libertés et de la détention : il doit voir tous les patients dans les dix jours de leur admission pour s'assurer du bien-fondé et de la légalité des hospitalisations sans consentement (70 000 à 80 000 hospitalisations par an). Les assemblées ont laissé ouvertes trois possibilités : l'audience au tribunal, l'audience par visioconférence et l'audience à l'hôpital dans une salle dédiée.

Cette dernière solution, la plus logique (et de très loin la moins coûteuse pour les finances publiques), est également la plus respectueuse de la dignité du malade. Rappelons que celui-ci se trouve en début d'hospitalisation, donc encore en crise ou au minimum très déstabilisé. Or cette possibilité est refusée par les magistrats pour une question de moyens mais aussi de symbole, de respect des conditions de l'audience. Ils disent être prêts à accueillir les patients au tribunal mais ne semblent pas tout à fait en réaliser les effets. Il y a maldonne, contresens, erreur absolue ! Ne nous disputons pas, symboles contre symboles, manque de moyens contre manque de moyens, dignité de l'audience contre dignité du malade. Quel est le directeur d'hôpital ou le psychiatre des hôpitaux digne de ce nom qui se risquerait à organiser chaque jour le transport collectif et l'encadrement de dizaines de patients suicidaires, délirants, agités, rendus violents par la situation elle-même ? Qui va en assumer toutes les conséquences (incidents ou drames prévisibles) qui s'avèrent de toute évidence contraires au respect minimal de la dignité du malade ? Ce serait ô combien irresponsable, à moins de créer une infirmerie spécialisée au sein de chaque tribunal !

Le drame, c'est qu'on risque à très court terme de s'orienter comme un moindre mal vers la solution kafkaïenne de la visioconférence, dont nous savons qu'elle va faire délirer les patients qui auront ainsi l'occasion de renforcer leur conviction d'être suivis, épiés, pistés, persécutés. La visioconférence est donc contre-indiquée dans un très grand nombre de cas. A ces hommes et femmes qui ont décroché de la réalité et de la capacité à rentrer en relation avec l'autre, on veut imposer une rencontre virtuelle avec le juge !

Le drame, c'est que, dans chaque département, on va bricoler des solutions bancales et indignes en fonction de la géographie, des moyens et des personnes. Le drame, c'est que le glaive de la loi sera pointé sur chaque psychiatre, chaque directeur d'établissement amené à accomplir des actions dangereuses et contraires au respect élémentaire de la personne humaine. Le drame, c'est que deux institutions à bout de souffle, la justice et la psychiatrie, vont s'arc-bouter sur leurs dénuements respectifs pour imputer à l'autre l'essentiel de l'engagement complet dans l'application de la loi. Mais le drame véritable, c'est qu'on nous impose une loi que l'on sait impossible à mettre en œuvre et que l'on jette une bombe à retardement dans les champs de la justice et de la psychiatrie.

Bien sûr, il existe des moyens de la contourner et de vider de tout son sens l'introduction salutaire du juge dans le contrôle des hospitalisations (par exemple, les médecins déclarant que l'état de santé de tous les malades les rend intransportables). La seule solution possible, c'est de permettre au juge de se déplacer à l'hôpital et d'opérer véritablement cette révolution qui transfère deux siècles de pouvoir du préfet vers celui du juge, pas en catimini, pas en cinq minutes, pas en ordonnant ce que l'on sait impossible, pas en donnant l'occasion à tous les acteurs de terrain de se disputer, pas sur le dos des malades. Pourquoi ce qui est possible aux Pays-Bas, en Belgique, en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis, en Australie, etc., ne le serait-il pas en France ?

Il faut tirer des conséquences de l'impossibilité de la mise en place de la loi dès le 1er août. »

C'est dire au regard de cette opinion partagée par bon nombre de professionnels de la psychiatrie, et de la justice, combien il pouvait apparaître périlleux de s'investir dans la mise en œuvre d'un tel dispositif ...C'est dire combien les difficultés dénoncées pouvaient être de nature à éclipser les avancées souhaitées par le législateur quant au renforcement de la protection des personnes...C'est dire si le mandat que nous confiait le législateur, après des mois et des mois de travaux parlementaires, relevait plus de la mission impossible que du réel défi, à moins d'appréhender ledit dispositif dans le cadre d'un nécessaire partenariat.

Et c'est ce qui fut fait en Côte d'Or, d'abord de manière modeste pour tenter d'appréhender un texte complexe et riche, en ce qu'il a modifié en profondeur la loi du 27 juin 1990 (relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation notamment) :

- En remettant en cause la classification ancienne qui reposait sur les notions d'hospitalisation d'office (HO) et d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) en faveur d'une classification désormais fondée sur la forme de la prise en charge : soit « l'hospitalisation complète » et « les autres formes d'hospitalisation » afin de tenir compte de la manière contemporaine de soigner les patients atteints de pathologies de troubles psychiatriques
- En introduisant une nouveauté procédurale, le péril imminent, destinée à corriger un écueil autrefois pointé par l'Inspection Générale de la Santé : notamment lorsque l'absence de tiers demandeur identifié créait une impasse juridique, retardant la prise en charge nécessaire des patients
- En tentant de clarifier la place du « tiers » qui devient « demandeur de soins » et non plus « demandeur à l'hospitalisation », la forme de la prise en charge découlant d'une évaluation faite par les médecins, (toutefois la procédure d'observation médicale ne connaissant qu'une seule forme de prise en charge soit l'hospitalisation complète, cette modification devient de fait très relative...et même symbolique)
- En systématisant le contrôle opéré par le juge des libertés et de la détention dans le cadre des hospitalisations complètes, ledit contrôle devant intervenir dans les 15 premiers jours de l'admission ou de la réintégration d'un patient ou pour des hospitalisations plus longues avant l'expiration d'une période de 6 mois
- En prescrivant à terme la réunification des contentieux administratifs et judiciaires entre les mains du juge judiciaire en favorisant le transfert différé de la régularité administrative des actes pris en application de cette loi sur les soins sans consentement,
- En élargissant la notion de contrainte et en permettant à un patient d'élever une contestation sur les soins psychiatriques contraints qui lui seraient également dispensés dans le cadre d'un programme de soins psychiatriques (PSP), et notamment d'une hospitalisation séquentielle, partielle, de soins ambulatoires ou encore de soins dispensés à domicile,
- Mais aussi en prescrivant l'intervention du juge des libertés et de la détention en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet sur la modification à venir de la forme de la prise en charge,
- En mettant un terme aux anciennes sorties d'essai, seules des « sorties de courte durée » soit inférieures à 12 heures étant autorisées au profit du patient accompagné d'un soignant, d'un membre de sa famille ou encore d'une personne de confiance
- En mettant en œuvre un dispositif spécifique (de type contrôle renforcé) pour les patients considérés comme les plus dangereux soit les patients qui se trouvent pris en charge au moment du contrôle dans une unité pour les malades difficiles (UMD) ou qui faisant l'objet d'une mesure sur décision du représentant de l'état ont déjà séjourné pendant un an ou plus dans une unité pour malades difficiles au cours des dix dernières années écoulées, les patients qui ont fait l'objet d'une décision

d'irresponsabilité pénale suivie de soins psychiatriques (ce dispositif devant être remanié d'ici la fin de l'année 2013 compte tenu de la décision du Conseil Constitutionnel sur question prioritaire de constitutionnalité du 20 avril 2012)

- En créant une période initiale de 72 heures : d'observation et de soins jalonnés par l'établissement d'une série de certificats médicaux (le « 24 heures » et le « 72 heures », outre l'examen somatique des 24 heures) et marqués par un formalisme administratif s'exprimant au travers des décisions d'admission et de détermination de la forme de la prise en charge qui se doivent de respecter à l'égard du patient le principe du contradictoire et de la juste information,
- En renforçant les droits des patients, en améliorant leur information à toutes les étapes de la procédure, en instaurant une véritable traçabilité de leurs possibles observations ainsi que des notifications qui leurs sont faites, en leur permettant également de saisir différentes instances comme la Commission Départementale de Soins Psychiatriques (dont les principales missions ont été recentrées sur les hospitalisations durables, de plus d'une année et sur les admissions réalisées en l'absence de tiers dans le cadre de la procédure de péril imminent), le Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés ainsi que la Commission des Relations avec les Usagers.

D'abord, il nous a fallu décoder un texte technique, procédant le plus souvent par renvois et visas de textes. Sans version consolidée, ni circulaire d'application, en pleine période estivale, sans informatique adaptée, il a été nécessaire de nous rencontrer :

- Pour faire plus ample connaissance avec chacun des trois établissements, très différents avec lesquels nous devons travailler : le CHS la Chartreuse, l'unité psychiatrique du CHU et le Centre Hospitalier de Semur en Auxois, soit trois directions distinctes, trois fonctionnements distincts, des unités de taille très différente, une localisation géographique particulièrement délicate à prendre en compte, l'éloignement conséquent du Centre Hospitalier de Semur conditionnant d'emblée des temps de trajets plus que significatifs.
- Pour nous préparer à l'application des dispositions transitoires, faire l'inventaire des situations individuelles des patients qui pouvaient faire l'objet d'un examen anticipé avec l'entrée en vigueur du nouveau texte de celles qui devraient donner lieu à contrôle dans le courant du mois d'août. Ce fut l'objet de deux réunions des 30 juin et 12 juillet 2011 qui se sont respectivement tenues au TGI de Dijon et au sein des locaux de la préfecture de Côte d'Or.

Après avoir recensé l'essentiel des difficultés prévisibles et déterminer les premières modalités opératoires il nous a fallu définir, à moyens et effectifs constants :

- 1) L'identification des interlocuteurs et l'intégration de ce nouveau contentieux dans l'organigramme des services internes :

Pour le tribunal de grande instance la désignation de deux Juges des Libertés et de la Détention intervenant en alternance une semaine sur deux- anciens juges des tutelles-en sus de la gestion du service pénal et de leurs services respectifs des affaires familiales, de la présidence d'audiences pénales de Comparution du Reconnaitement Préalable de Culpabilité, du traitement des compositions pénales... - outre l'affectation d'un greffier spécialement chargé de ce contentieux (peu voire pas de candidat au regard des responsabilités et finalement des désignations de volontaires !)

Pour les hôpitaux, l'identification de leur secrétariats ou de leur bureau des soins sans consentement,

Pour les services de la préfecture (un dédoublement de personnalité avec le cabinet d'un côté et son service juridique présent aux audiences, alors même que l'instruction des dossiers repose sur le travail de l'agence régionale de santé ce qui n'est pas toujours sans poser des problèmes de coordination).

- 2) Les moyens de se joindre (fax, téléphone, tout en se souvenant que les contraintes budgétaires ne permettraient pas ni d'investir ni d'acquérir des matériels nouveaux).
- 3) Les modalités de constitution et de transmission des procédures :
  - Détermination des pièces incompressibles devant être transmises à l'autorité judiciaire,
  - Méthodologie de l'horodatage des certificats et pièces,
  - Règles de désignation spéciale des avocats des patients, compte tenu des brefs délais impartis, le législateur ayant pris soin en cette matière privative de liberté de computer des jours écoulés qu'ils soient ouvrables, chômés ou fériés, et compte tenu de la contradiction existant entre « le passer outre consentement du patient » pour lui dispenser des soins et son aptitude à formuler une demande d'intervention d'un conseil choisi ou au titre de la commission d'office.
    - Respect du principe du contradictoire quant à la communication des pièces de procédure...entre chacun des intervenants.
- 4) Les règles qu'ils devraient de respecter afin de permettre à chacun des intervenants de ne pas encourir les conséquences dommageables d'une saisine « hors délai ».
- 5) Le rythme des audiences à prévoir (chaque jour ouvrable, de préférence les matins, en évitant ou en favorisant, selon la taille de l'établissement concerné, le regroupement des dossiers des patients à contrôler afin d'éviter de dépouiller en totalité un service de ses soignants...et ce d'autant plus que cette loi n'a pas pris soin de se prononcer sur la question de la sécurisation des transfèvements de patients et des coûts.

Il a été nécessaire de réfléchir à la façon d'accueillir, le plus dignement possible, mais aussi dans le respect des règles de sécurité, chacun des patients et des équipes de soignants les accompagnants.

Rapidement, l'inadéquation de nos locaux est apparue comme indiscutable : qu'il agisse de l'accueil général des usagers par le hall d'entrée de la salle des pas perdus et encore plus de l'accueil sécurisé réservé aux personnes détenues ou retenues sous main de justice, qu'il s'agisse de l'utilisation des ascenseurs réservés au public ou encore de l'exiguïté voire de l'absence de salle d'attente dans les locaux du Juge des libertés et de la détention, locaux d'ailleurs partagés avec les services de l'instruction. En l'absence de local spécialement dédié, le patient ne bénéficie donc pas de la confidentialité nécessairement attachée à l'entretien avec son conseil....

De même, une évaluation statistique rapide a permis de mettre en évidence l'importance du temps perdu par les équipes de soignants pour assurer le déplacement du patient jusqu'au palais de justice et par conséquent la nécessité de se montrer vigilant dans le respect des heures de convocation fixées : Soit autant d'impératifs délicats à garantir lorsqu'on considère que pour l'autorité judiciaire, l'urgence pénale peut surgir à tout moment et que le juge des libertés et de la détention doit y pourvoir, le plus souvent dans des délais également incompressibles.

Rapidement l'idée d'une salle d'audience dédiée au sein des établissements d'accueil de patients concerné est devenue, du moins dans le principe, incontournable....et même souhaitable.

Au plan local, cet accord de principe a permis au Centre Hospitalier La Chartreuse de s'engager sur cette voie, de s'investir dans la conception d'une salle d'audience (comprenant outre la salle elle-même une salle de délibéré équipée d'un poste informatique, d'un téléphone-fax, « d'un bip alarme », un local d'entretien des patients avec leur avocat ainsi qu'une salle d'attente) et surtout de nous intégrer à compter du 6 mars 2012 dans son organigramme des services.

Loin de remettre en cause de quelque manière que ce soit la solennité de l'audience, cet espace dédié au sein même de l'hôpital favorise de toute évidence l'apaisement des patients, même s'il demeure indispensable de les rassurer tous à chaque fois sur le sens de l'intervention judiciaire (en insistant sur le fait qu'ils ne sont pas fautifs, mais simplement malades, tout en essayant de ne pas renforcer leur convictions délirantes ou persécutatoires...le JLD se présentant alors comme le « *Juge des Libertés* » en oubliant la référence à la détention....et en mettant en avant la mission de protection découlant de ce texte de loi, et ce

d'autant plus lorsqu'ils souffrent de pathologies en lien avec des comportements addictifs qui les ont déjà conduits à rencontrer le juge dans un cadre répressif, ou même lorsqu'ils sont encore suivis par un juge de l'application des peines ou sont encore détenus...)

Il simplifie l'accueil des membres de la famille en évitant une trop grande stigmatisation, en leur permettant de s'exprimer sur leur ressenti, sur leurs interrogations quant à la suite des soins,...en ayant la possibilité d'échanger avec l'équipe médico-éducative qui assure l'accompagnement du patient pendant tout le temps de sa comparution.

Dès lors, on ne peut dans ces conditions qu'exprimer un regret ; Celui de ne pas pouvoir faire usage de tels locaux lorsque les patients se trouvent hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire ou bien à Semur en Auxois, et ce compte tenu d'une possible erreur de plume de la part du législateur qui a restreint la création de ces salles dédiées au sein de « l'établissement d'accueil du patient », il n'est alors pas possible de mutualiser les locaux sous peine de voir la procédure annulée.

Mais il ne faut pas se leurrer : peu de patients bénéficient de la présence de leurs proches pendant cette phase de l'hospitalisation, soit parce que la maladie psychiatrique isole terriblement, soit parce qu'elle culpabilise les familles, soit encore parce que les délais prévus en la matière sont souvent trop courts pour parvenir à contacter de manière effective les particuliers et les convier aux audiences.

Quant à la crainte de la présence de public aux audiences, force est de constater après une année et demi d'application de la loi que la question ne s'est jamais posée, chacune des personnes qui a comparu à l'audience ne s'étant intéressée qu'au sort de son proche, en s'abstenant de s'imposer durant les autres temps d'audience.

L'audience se tient donc le plus souvent en petit comité sur la base des seules informations recueillies dans la procédure et plus particulièrement dans les certificats médicaux établis. A l'exception des procédures d'hospitalisation complète résultant d'une décision du représentant de l'état et qui comportent parfois un renseignement judiciaire des services de la gendarmerie ou un rapport d'intervention de la police nationale précisant les conditions dans lesquelles le patient a été pris en charge et quelques informations relatives à sa situation personnelle, l'essentiel des dossiers qui sont soumis à notre appréciation n'apportent aucun élément de cet ordre.

Progressivement et faute de publication du 3<sup>e</sup> et dernier décret d'application de la loi du 5 juillet 2011 qui visait à aborder la question des conventions devant passer entre Directeur de l'établissement de santé, le Préfet, les collectivités territoriales et le Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé en vue d'assurer le suivi et favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète, nous nous sommes donc rapprochés de nos partenaires, des médecins, des services administratifs hospitaliers et dans le cadre d'un partenariat, aujourd'hui plutôt bien rôdé, nous avons tenté de suppléer à ces carences d'informations, en « bricolant quelque peu », soit en intégrant dans le temps de la mise en état de nos dossiers :

- Les rapports établis par les mandataires judiciaires à la protection de la personne lorsque le patient se trouve sous curatelle ou sous tutelle,
- Les notes d'audiences recueillies à l'occasion d'un précédent contrôle,
- Les rapports d'intervention établis par les forces de l'ordre, lorsque le premier certificat médical établi fait état de leur intervention,
- Et parfois même à titre de simple information de précédentes expertises diligentées dans un cadre pénale.

Hélas, lorsqu' aucune de ces démarches n'aboutit, il ne nous reste que l'entretien avec le patient à l'audience et la qualité rédactionnelle du praticien hospitalier.

Bien loin de remettre en cause les compétences professionnelles des médecins psychiatres avec lesquelles nous travaillons, puisqu'il n'est pas une audience à l'occasion de laquelle nous ne rappelons pas au patient combien l'alliance thérapeutique qui se construit avec son médecin est fondamentale et constitue le gage du sérieux des soins qui lui sont dispensés afin de mettre le plus souvent un terme à des cycles d'hospitalisations répétées, rendues nécessaires par un état de crises récidivantes, trop souvent vécues

comme des échecs et de préparer utilement et sereinement sa sortie en fixant un cadre et un cap susceptible d'être tenu, respecté, c'est surtout les questions de forme des dossiers qui ont pu nous interroger le plus :

- En recherchant à cet égard le fragile équilibre existant entre l'appréhension de la maladie, mais également sa description telle qu'elle résulte du contenu même des certificats médicaux, l'adéquation de ces troubles avec la définition de chacune des formes d'hospitalisations complètes concernées (en quoi y a-t-il urgence dans la prise en charge de Madame X, ou même péril imminent pour Monsieur Y au regard des troubles médicalement recensés ou listés, en quoi le patient présente-t-il un danger pour lui-même ou pour autrui).
- En opérant désormais le contrôle des actes d'admission et de maintien de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, nous devons pouvoir au travers de leur motivation apprécier les éléments sur lesquels se sont fondés les directeurs d'établissement ou leurs adjoints pour admettre un patient ou le retenir, les raisons qui font encore obstacle à la mise en œuvre d'une autre forme de prise en charge, de même que nous devons apprécier la façon dont le patient a été informé de sa situation, des troubles l'affectant...
- Autant de points qu'il est particulièrement délicat d'aborder et des enjeux souvent délicats à concilier si l'on considère dans certains cas qu'aucun diagnostic précis n'est encore posé par le médecin référent qui poursuit son évaluation médicale au jour de l'audience...

Dès lors, le débat contradictoire peut nous plonger dans une forme de schizophrénie juridique. Au quotidien, cette loi de protection, vertueuse en ce qu'elle vise à garantir une meilleure protection des droits et des libertés de nos concitoyens les plus fragiles, continue et continuera d'ici les prochains mois à venir à nous mobiliser, surtout lorsque nous nous confrontons à ses imperfections :

- 1) Qu'elle est le sens d'un programme de soins psychiatriques (PSP) pris ensuite d'une hospitalisation complète décidée par le représentant de l'état soit pour un individu dont on dit qu'il est dangereux pour lui-même et pour les tiers ; à partir de quand pourra-t-on envisager de mettre un terme à la mesure administrative d'Hospitalisation d'office ? La tentation ne sera-t-elle pas pour Monsieur le Préfet de maintenir durablement le patient sous régime de PSP/HO, tant qu'il respecte les obligations médicales qui lui ont été notifiées, la procédure de réintégration étant en cas de survenance d'un incident extrêmement simple ?
- 2) Que dire des PSP/HO ou des PSP/HDT lorsque le patient fugue, se soustrait à ses obligations (voyage pathologique..), la procédure d'évaluation médicale mensuelle doit-elle se poursuivre, pendant combien de temps, Monsieur le Préfet ou Messieurs les Directeurs des établissements d'accueil doivent-ils malgré tout saisir le JLD au risque de voir l'autorité judiciaire décliner sa compétence au regard du constat de ce que le patient n'est plus en réalité sous le régime de l'hospitalisation complète.
- 3) Plus simplement quid de la procédure et de ses délais lorsque le patient connaît pendant le temps de cette prise en charge psychiatrique un temps d'hospitalisation rendu nécessaire pour des raisons somatiques (le coma prolongé d'une patiente en cours de procédure d'HDT).
- 4) Qu'elle peut être le sens d'un contrôle opéré tous les six mois par le juge des libertés et de la détention sur des patients placés sous le régime de l'hospitalisation d'office ou de l'HDT depuis des années, qui ne peuvent plus s'exprimer depuis longtemps, dont l'état de santé n'est hélas plus susceptible de connaître une quelconque amélioration, et qui sont dans l'attente d'une orientation vers des services plus spécialisés,
- 5) Que penser du recours facultatif prévu par le législateur et qui n'est aujourd'hui que peu ou pas utilisé par les patients, dès lors qu'ils ne subissent plus une « hospitalisation complète ».



- 6) Que penser enfin du caractère parfois hautement stéréotypé des programmes de soins psychiatriques (PSP) proposés par les médecins, qui ne semblent pas encore avoir investi toutes les possibilités que leur offre ce dispositif dans sa définition extrêmement large, certainement en raison de son trop grand formalisme.

Je le disais encore, des mois à venir à réfléchir, à s'adapter à des dispositifs nouveaux :

Une fois que le législateur aura répondu à l'invitation du Conseil Constitutionnel, une fois que les travaux entrepris par la Mission sur la santé et l'avenir de la psychiatrie seront achevés. Il ne vous aura pas échappé que le 29 mai dernier Monsieur le Député Denys ROBILLIARD a déposé à l'Assemblée Nationale un rapport d'étape élaboré aux termes de très nombreuses auditions des professionnels concernés et de visites d'établissement.

17 recommandations ont à cet égard été proposées...je vous invite à vous y rapporter.

Cette loi est aujourd'hui le reflet d'une société qui doute sur la façon d'appréhender la maladie psychiatrique partagée entre le souci légitime de nécessaire protection de l'ordre public, de nécessaire protection des citoyens qui la composent y compris les plus fragiles, une société qui voudrait tout à la fois s'affranchir de l'enfermement des personnes hospitalisées mais ne pas courir le risque des conséquences de passages à l'acte des fous (préférant certainement imputer vis-à-vis de l'opinion publique le poids de cette responsabilité sur les seules autorités judiciaires et médicales), une société qui a bien du mal à détacher la maladie psychiatrique du délinquant alors même que notre population vieillit et que les démences séniles et autre pathologie de type Alzheimer nous conduisent à enfermer pour protéger dans des établissements qui ne répondent pas à la définition retenue dans le code de la santé publique. Ce qui est sûr, c'est que le législateur nous a donné des outils, il nous appartient surtout de savoir comment les utiliser au mieux et de la manière la plus respectueuse des intérêts en présence...c'est aujourd'hui la place dévolue au juge.

➤ **La place de l'avocat dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 :**

**- Maître Thierry BERLAND, membre du conseil de l'ordre des Avocats de Dijon, Avocat au Barreau de Dijon :**

Quatre avocats interviendront aujourd'hui, ce qui est logique car le système des soins sans consentement a été judiciairisé. Un avocat peut-il alors être limité dans sa fonction de défense quand il doit être indépendant ? Dans le cadre des soins sans consentement, il n'y a pas de différence dans le rôle de l'avocat, la défense ne se divise pas, ni ne se limite. Elle doit être complète. La judiciarisation du processus émerge dès lors qu'il y a un débat : les points de vue sont nécessairement opposés, le consensus est incongru dans notre discours. Un avocat va servir tous les intérêts de son client car il y a une atteinte à la liberté ou à ses intérêts, qui doivent être défendus complètement.

Aujourd'hui, il n'y a pas de remise en cause de la judiciarisation, certains « grincent » encore des dents lorsque l'on parle du rôle de l'avocat dont on comprend mal les manières d'agir et la méthode de défense. La procédure est la première règle qui préserve les libertés, l'Etat de droit, la justice.

Si on admet qu'il faut composer avec les règles, cela ne tient plus : on ne peut pas composer, un dossier défaillant sur la forme doit être contesté.

Le problème de la rédaction des certificats médicaux, est qu'il faut les vulgariser et les détailler, prendre un soin important pour qu'ils soient bien motivés. L'avocat constatera que la procédure est respectée, il pourra développer des défenses sur le fond, l'opportunité de la mesure envisagée.

L'avocat a des limites déontologiques mais il a le devoir de défendre son client et de ne pas développer une logique de connivence. Quand quelque chose ne va pas, il doit le dénoncer.

L'avocat, lorsqu'il s'agit de défendre, doit le faire sans considération de son point de vue et sans jugement de valeur : coupable ou innocent, malade ou non, ce n'est pas le problème de l'avocat, qui n'est pas juge. S'il y a une faille, il faut la dénoncer, l'exploiter. A celui qui demande la mesure de présenter un dossier formellement imparable.

Si le client s'oppose, contre toute évidence, à la mesure d'enfermement, l'avocat doit tout de même passer le dossier au crible et pointer ses faiblesses. A défaut, il trahit son client et son serment professionnel.

Si le client adhère à la mesure d'enfermement, conscient de ses souffrances et handicaps, l'avocat doit respecter sa décision.

Au fond, il est salubre que l'avocat, au risque de déplaire, traque les faiblesses d'un dossier. Il concourt en fait à l'amélioration des procédures.

➤ **La loi du 5 juillet et la place du débat contradictoire :**

**- Maître Franck PETIT, Avocat au Barreau de Dijon :**

Il faut avoir conscience que dans un milieu psychiatrique fermé, le débat contradictoire où l'on présente des arguments réciproquement et un échange ouvert avec un juge est fondamental. Pourtant en matière psychiatrique, il n'y avait pas nécessairement une culture du débat contradictoire. La loi du 5 juillet 2011 est venue remédier à ce problème, celle-ci ayant été rédigée à l'aune du débat contradictoire.

Le débat contradictoire est l'un des Principes directeurs du procès, on est ici dans une procédure judiciaire civile, les parties font donc valoir leurs observations, et le juge tranche le litige.

Avant la loi de 2011, il n'y avait pratiquement rien sur l'importance du débat contradictoire, pourtant le patient avait la possibilité de saisir le Juge des Libertés et de la Détention sans aucune explication dans la manière de procéder. La loi de 2011 a été forgée sur le contradictoire. On doit permettre avant tout à la personne de faire valoir ses observations : d'avoir son sentiment, le Juge des Libertés et de la Détention va veiller à ce respect.

La loi impose la présence de la personne hospitalisée lors de son audience, son absence n'étant permise qu'en cas d'avis médical certifiant de l'incapacité de la personne à se présenter. Dans ce cas, le législateur a prévu alors, que le patient soit représenté par un avocat commis d'office par le juge.

Dans son Arrêt KETREB c. France du 19 octobre 2012, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a admis qu'il n'y avait pas de savoir médical absolu qui lierait le juge.

La ligne de conduite de la CEDH étant la suivante : il y a un droit inaliénable de l'individu de forger son propre destin. Le Conseil Constitutionnel est lui aussi vigilant sur le problème des soins sous contrainte. Le Juge judiciaire est le gardien des libertés individuelles, quand on prive une personne de liberté, on peut s'interroger sur la nécessité de l'intervention du juge avant de prendre une décision susceptible de priver de liberté. La loi 5 juillet a mis fin à des années d'absence de contrôle du juge. Mais ne faudrait-il pas que le juge intervienne avant? Pourquoi ne pas avoir une Hospitalisation forcée sur décision, du juge ? Dans la loi de 2011, le législateur prévoit que si le juge n'est pas saisi dans les délais, celui-ci statue pour une mainlevée automatique pour non-respect du contradictoire.

La loi du 5 juillet 2011 reste tout de même très contraignante et l'évolution du droit européen va dans le même sens, il faut donc composer avec celle-ci. Il faut reconnaître que le CHS fait un travail très poussé sur cette question, pour éviter tous les abus qui sont malheureusement possibles dans le cadre d'établissement psychiatrique.

## **II. ECHANGES AVEC LA SALLE**

Modérateurs : - Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon

- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :** je propose que la première question soit posée par des personnes qui ne se sont pas encore exprimées : les familles. Je propose donc à Monsieur JAN qui est délégué Régional de l'Union National des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM), de poser la première question.

**Monsieur JAN, délégué Régional de l'UNFAM** : Je trouve qu'il serait intéressant de reprendre la discussion là où l'on l'a laissée : sur le débat contradictoire.

En effet, s'agissant des demandes de Soins Sans Consentement, les familles sont les premières concernées : en 2009, par exemple, nous avons constaté en France 70 000 demandes de Soins sans Consentement dont 60 000 demandés par les familles : nous sommes en première ligne.

Pour nous, c'est une situation dramatique aussi bien pour notre proche que pour la famille qui le demande. Dans son intervention sur le péril imminent, M. FISZKA a fait mention du fait que 50% des cas de péril imminent avaient été motivés par manque de tiers et pour l'autre 50%, la famille ne voulait pas faire une demande de soins sans consentement. Et là, je voudrais apporter mon témoignage, et je demande aux Juges des Libertés et de la Détention d'être vigilant sur ce point. Si la famille ne veut pas demander de soins, c'est que bien souvent, le reproche du proche « malade » sera terrible, il lui en voudra de façon très profonde et durant très longtemps.

Par ailleurs, dans un parcours de vie de personnes en souffrance psychique, le soin est une chose, mais l'accompagnement dans la cité est au moins aussi important que le parcours de soins.

La santé mentale n'est pas que la psychiatrie, elle doit s'accompagner d'autres mesures : pour le logement de la personne, le travail de la personne, la sortir de son isolement.

La loi résulte d'une dialectique extrêmement subtile entre privation de libertés et des problèmes de sécurité de la personne souffrante et de la société, il faut rappeler que lorsque cette loi a vu le jour, elle a été considérée comme une loi sécuritaire. Mais il est surtout question de la protection de la personne souffrante qui est soumise à des soins sans consentement, je voudrais qu'aussi bien les soignants, qui le font, mais aussi tous les acteurs se posent la question de savoir ce qu'est la notion du « non consentement », que représente finalement cette sortie du droit commun.

La question primordiale alors pour les familles est de savoir comment faire revenir leur proche dans le droit commun ? C'est un point qui nous est cher. Nous sommes assez étonnés car lorsque l'on demande des Soins Sans Consentement, l'intervention des personnes soignantes les plus compétentes n'est pas immédiate et elles ne sont pas sur place directement quand on appelle à l'aide. Il faut attendre que la personne soit transportée dans un Centre Hospitalier pour qu'il ait affaire aux services compétents.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon** : Je vous remercie Monsieur JAN pour votre témoignage et aussi pour vos pistes de réflexions. Nous allons donc continuer les échanges avec le Professeur BONIN.

**Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du CHU de Dijon** : Je tiens à remercier Monsieur Le Directeur et les organisateurs de cette journée, car je pense qu'il est très important que l'on puisse se rencontrer. Ces communications sont très enrichissantes pour notre pratique mais aussi pour la réflexion que l'on peut avoir sur notre pratique.

Il y a une évidence dont je voulais parler et qui déjà été abordée par le Docteur CAPITAIN. On parle ici de la liberté physique, mais je crois qu'il ne faut pas perdre de vue que la maladie mentale, c'est la perte de la liberté d'être soi, de la liberté psychique. A partir de là, on peut comprendre le besoin pour le patient qui ne se reconnaît pas malade, d'avoir des soins qui lui sont imposés. On ne peut pas être d'accord avec le discours des avocats : « on a le droit d'être malade », c'est difficile à entendre. Parce que nous, dans notre pratique par exemple, nous avons des patients qui perpétrent des tentatives de suicide. Souvent, ils le font parce qu'ils sont déprimés, mais une fois la dépression traitée, ils ont envie de vivre. Il faut donc que l'on impose, dans une certaine mesure, des soins.

Mais là où je vous entends bien, c'est à propos de la description et du contenu du certificat médical. En ça, le Docteur WALLENHORST nous a montré un modèle qui est à suivre. Il est très intéressant de voir comment est constitué votre certificat. Celui-ci, ayant le maximum de renseignements, correspond aux conditions de forme que les avocats demandent.

Je ne sais ce que pensent mes confrères, mais lorsque l'on rédige un certificat médical, il faut qu'il soit détaillé, pour les avocats, le Juge des Libertés et de la Détention, dans l'intérêt du débat contradictoire, mais en même temps, nous le remettons au patient et, parfois son état ne lui permet pas toujours de considérer les choses avec clarté, de plus ça ne simplifie pas la relation thérapeutique.

Monsieur JAN a évoqué ce problème du tiers. Dans beaucoup d'établissements, la personne qui demande le soin, le tiers, est aussi la personne qui demande la levée. Dans notre service, nous tenons à ce que la

personne qui demande le soin soit celle qui en demande aussi la levée, afin qu'il n'y ait pas au sein de la même famille une bonne personne et une mauvaise personne. Il y a aussi l'aspect de la justice qui va toucher le psychiatre. La responsabilisation du médecin qui demande la levée par exemple est quelque chose que l'on doit aussi prendre en compte.

**Monsieur Le Premier Président de la Cour d'Appel, Henry ROBERT:** Je souhaite tout d'abord vous faire part d'une réaction puis j'aurai une question qui s'adresse aux psychiatres et aux rédacteurs des décisions d'admission.

Je ne partage pas la conception donnée du rôle de l'avocat. Je suis très content d'entendre les paroles du Professeur BONIN parlant de la liberté d'être soi. En effet, j'ai l'impression que les avocats qui sont intervenus ne se préoccupaient que de la liberté d'aller et venir, c'est-à-dire celle de pouvoir sortir de l'établissement : cela m'a paru très caractéristique qu'ils parlent de litige et d'alignement sur le procès pénal. Certes, il doit y avoir un débat contradictoire, une défense libre qui fournit tous les éléments avec une égalité des armes.

Mais je pense que nous ne sommes pas uniquement dans le cadre d'un débat judiciaire classique. Le Juge exerce un contrôle, il n'est pas chargé de trancher un litige, départager deux personnes qui s'opposent ou aborder la question d'une culpabilité discutée.

Je ne vois pas les choses exactement de la même manière que les avocats : selon moi, l'impératif de l'intérêt du patient doit renvoyer à une question d'éthique de l'avocat. Il faut se poser la question de l'objet de son intervention : peut-il agir comme simple « mercenaire » de son client ou ne doit-il pas prendre de la distance pour mieux servir son intérêt ?

Je souhaite également poser une question aux psychiatres. En effet deux points me semblent poser problème : l'absence d'éléments de contexte socio-familial et la question de la rédaction des certificats médicaux. Sur les éléments du contexte socio-familial, c'est très frappant, nous ne disposons souvent d'aucune information actualisée. Pour y remédier, nous avons essayé de mettre en place une fiche remplie par le Directeur de l'établissement afin de savoir quel est l'environnement, le rôle de la famille...etc. Il s'agit de quelque chose de précieux et que nous n'avons pas toujours dans les dossiers.

Quant à la question de la rédaction des certificats médicaux, il faut, me semble-t-il, caractériser l'existence de troubles mentaux, c'est une condition de la loi. Cette question peut se poser dans le cas d'une qualification pénale évidente et d'une certaine gravité. Il faut rappeler qu'un citoyen n'est pas forcément sujet à des troubles mentaux quand il commet un délit ou un crime. Le juge peut être gêné quand un certificat se borne à rappeler le comportement anormal, le cas échéant pénalement répréhensible, de la personne visée sans en qualifier la maladie. La loi prévoyant un certain nombre de conditions, il importe le juge puisse vérifier que les faits entrent dans les qualifications légales.

Il faudrait également mieux expliciter le caractère de « refus de consentement aux soins » et notamment dans quelle mesure un patient refuse qu'on le soigne.

**Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois :** L'ensemble des éléments du contexte socio-familial du patient ne nous est pas forcément fourni. De plus, quand une famille m'appelle pour pouvoir faire placer leur proche en soins sous contrainte, je les redirige vers leur médecin généraliste ou vers le 15 car je ne peux pas rédiger le premier certificat. Je m'interroge donc sur l'efficacité du double certificat.

**Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Lorsque l'on regarde ce qui s'est passé au XIXe siècle, on se rend compte, historiquement que ce débat n'est pas nouveau. Ce qui est intéressant, c'est de voir qu'il y a encore aujourd'hui des choses qui sont d'actualité. Je pense notamment à un discours d'Adolphe Thiers de 1835 qui a des accents sécuritaires comme on a pu l'entendre ces dernières années.

Il vrai que la loi de 1990 que l'on voulait ouverte, a été épousseté. On ne parle plus, certes, de placements ni d'hospitalisations, ce qui est logique, mais la loi a tout de même été promue dans un côté sécuritaire, elle n'a pas été présentée de manière sereine mais dans le contexte des accidents de Pau et de Grenoble.

A mon avis, les débats n'ont pas eu la sérénité qu'ils méritaient.

Par rapport à la citoyenneté, nous sommes encore l'un des rares pays ayant gardé le Préfet, en laissant un peu la justice de côté. En effet, seuls les magistrats du Parquet pouvaient venir voir deux fois par an les

patients dans les services, mais en pratique, cela ne s'appliquait pas. Mais cela était tout de même important de le préciser car quand on prive un citoyen de ses libertés, il est nécessaire que la justice soit impliquée. Mais quid du Préfet. Le Préfet représente un côté sécuritaire, faut-il continuer à ce qu'il ait ce rôle-là ? A-t-il encore sa place ? N'est-ce pas maintenant plus une affaire entre la Justice, la privation de Liberté et le Psychiatre ?

J'étais un peu dans ces questionnements-là car il est vrai qu'à certains moments, il doit y avoir des interventions. Mais on s'aperçoit que pour les SDRE, dans les 72 heures, une fois sur six, les mesures sont levées. On peut alors constater des lacunes au niveau de l'intervention, car souvent les urgences arrivent, et on ne sait pas quoi faire. Il y a toute une émulation, un climat de violence, et pour résoudre le problème on fait une mesure de soins sous contrainte qui, quelques fois, n'est pas justifiée. Je pense à des cas d'ivresse, des troubles du comportement qui ne sont même pas psychiatriques. Je pense qu'il est aussi important de bien repreciser nos rôles respectifs, d'où l'intérêt de cette journée.

**Docteur Jacqueline LAVAULT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Je voulais apporter quelques éléments de réponse à la question posé par Monsieur le Premier Président de la Cour d'Appel. On tient compte du contexte socio-familial de nos patients même si on ne le note pas dans le certificat par exemple, mais dans le cas d'une personne dans un état suicidaire aigu et si cette personne est isolée, sa situation conduira beaucoup plus fréquemment à une mesure de soins sans consentement qu'une personne qui va pouvoir rentrer chez elle car elle est entourée de sa famille. Je me souviens, il y a deux trois ans, j'avais demandé le maintien d'une mesure de soins sans consentement d'une patiente qui allait mieux mais qui n'avait pas logement. J'avais précisé sur les certificats médicaux que je souhaitais le prolongement des mesures jusqu'à ce qu'on trouve une solution pour loger ma patiente. La mesure de soins sous contrainte a été levée dans la mesure où c'est l'état clinique de la patiente qui compte et non sa situation sociale, à savoir son absence de logement, et en l'espèce elle était stabilisée. Donc ce qui est compliqué, c'est que l'on tient compte de l'élément social mais on ne peut pas se baser uniquement sur cela.

**Maître Thierry BERLAND, Avocat au Barreau de Dijon :** Je voudrais faire part d'une réaction par rapport à l'intervention Monsieur le Premier Président de la Cour d'Appel. En effet, je ne suis pas d'accord avec vous. Le problème est que vous avez une idée de la manière dont les avocats devraient défendre leur client dans cette procédure particulière. Autrement dit, les avocats devraient modérer leur critique du dossier à cause des enjeux, notamment sur l'ordre public qui risque d'être troublé par une personne dangereuse. Notre divergence porte sur la méthode, le rôle d'un auxiliaire de Justice. Vous êtes le juge. Nous soulevons une nullité et vous la tranchez, en validant ou annulant la procédure.

**Monsieur Le Premier Président de la Cour d'Appel, Henry ROBERT :** Une autre interrogation qui est partagée par Madame le Juge des Libertés et de la Détention, est celle du comportement du patient pendant l'audience. En effet, dans un certain nombre de cas, doit-on tirer des enseignements du comportement que l'on voit dans la salle d'audience, s'il ne correspond pas à celui décrit dans le certificat médical. Je pose la question de la compétence du juge, doit-il tirer les conséquences du comportement observé à « l'instant T » et aller contre l'avis du certificat médical si celui-ci diverge, au nom de ce qu'il a vu ? Cela renvoie à une interrogation plus profonde qui est celle de savoir si le juge est totalement « incompetent » en psychiatrie. Cela m'intéresse donc de savoir ce que vous pensez. Est-ce finalement opportun que le juge ait cet entretien avec le patient ?

**Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement :** Je pense qu'il faut avoir quelques éléments sur la pathologie en tête lorsque vous recevez un patient. Je tiens aussi à évoquer l'irresponsabilité pénale. En effet, l'article 122 A du Code Pénal est de moins en moins utilisé dans la mesure où un certain nombre de psychiatres cherchent à responsabiliser le patient. Le Juge doit tenir compte, dans les faits, de l'altération des facultés intellectuelle du patient. Mais globalement les audiences se passent bien.

**Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY :** Je me demande s'il existe souvent des certificats médicaux conjoints, des avis contradictoires ?

**Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Établissement** : La psychiatrie est la spécialiste du paradoxe. La question des certificats conjoints, dans la pratique est assez complexe.

**Docteur Jacqueline LAVAULT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse** : La nouvelle loi pose des problèmes éthiques et déontologiques. Le débat est censé être clos, mais pour nous, psychiatres, il ne l'est pas. En effet, tout d'abord, nous ne sommes pas d'accord avec cette décision de donner en main propre aux patients leur certificat médical. De plus, je ne vois pas comment un médecin, qui n'a jamais vu le patient en huit jours, peut donner un avis. C'est anti-déontologique et inutile car on constate que, dans tous les cas, l'avis conjoint est conforme à celui du psychiatre qui suit le patient.

**Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY** : Quelle est donc la solution pour les certificats médicaux ?

**Docteur Jacqueline LAVAULT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse** : Je pense qu'il faut faire une synthèse, où, comme le disait le docteur WALLENHORST, un résumé du certificat médical, pour que sa remise soit moins violente pour le patient.

**Monsieur Le Premier Président de la Cour d'Appel, Henry ROBERT** : Le certificat doit être communiqué au patient, car s'il n'est fourni qu'au juge, on serait face à un énorme problème de respect du principe du contradictoire. C'est le certificat médical qui permet de rédiger les décisions. Il faut être prudent sur la question de la synthèse du certificat médical, car si elle est possible, il ne faut pas qu'elle se heurte aux droits du patient.

**Madame Caroline PODEVIN, Vice-présidente, Juge des Libertés et de la Détention au Tribunal de Grande Instance de Dijon** : C'est ce qui se fait au niveau des avis des collègues.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du CH La Chartreuse** : Je peux témoigner, du point de vue de ma place de Directeur du Centre Hospitalier la Chartreuse. Il y a une mobilisation collective de tous les acteurs pour mettre en place la loi du 5 juillet 2011. Le Service Public Hospitalier s'est adapté à cette nouvelle donne. Mais derrière ce débat contradictoire, nous allons atteindre nos limites. Les conséquences de ces limites sont graves : Il y a des mains levées qui vont conduire des patients qui ont des troubles psychiques graves à ne plus être hospitalisés. Je tiens d'ailleurs à remercier Madame La Procureure qui, dans les six heures, fait appel des décisions, permettant ainsi de suspendre les levées.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** : En effet je pense qu'avec ce dispositif législatif, il ne faut pas que la jurisprudence aille trop loin sur le formalisme.

**Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du CHU de Dijon** : Il faut rappeler, pour clôturer cette première table ronde, que Pinel avait institué des tribunaux « fictifs » pour « juger », et ainsi soigner, les malades qui souffraient d'un délire de culpabilité.



## 2<sup>ème</sup> table ronde : JUSTICE, SANTÉ MENTALE ET CITOYENNETÉ

Les professionnels de la psychiatrie et de la justice ont l'occasion d'intervenir sur des situations communes qui imposent d'échanger sur leurs attentes respectives, de confronter leurs points de vue et leurs philosophies pour une approche citoyenne du parcours des personnes en souffrance psychique.

### INTERVENTIONS LIMINAIRES

**- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Mi-décembre 2012, à la suite de la condamnation pénale pour homicide involontaire d'un médecin psychiatre dont l'un des patients avait commis un meurtre, un hebdomadaire français titrait *"entre la justice et la psychiatrie la confiance s'est rompue"*.

Mais y a-t-il jamais eu de la confiance entre justice et psychiatrie ? Ce lien entre les médecins psychiatres et les magistrats, voulu de plus en plus fort par le législateur au cours des dernières années à travers de nouvelles lois promulguées en réponse à des faits divers extrêmement dramatiques et à partir des peurs qui envahissent les citoyens, créant le suivi socio-judiciaire, la surveillance de sûreté, la rétention de sûreté (mesure extrême non limitée dans le temps qui vient prendre le relais à la fin de l'exécution de la peine), ce lien n'est-il pas ainsi qu'a pu le qualifier Bruno GRAVIER, professeur de médecine et de psychiatrie pénitentiaire à l'Université de Lausanne, *"une alliance contre nature"* tant les objectifs poursuivis sont divergents voire inconciliables.

La justice pénale a certes depuis longtemps sollicité la psychiatrie, notamment pour organiser scientifiquement la criminologie, se faire fournir un éclairage dans la détermination et l'individualisation de la peine, ou encore se faire désigner les auteurs d'infractions qui ne sont pas accessibles à la sanction pénale.

Puis, s'est développé le concept de l'obligation de soins : instauré par la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux, cette contrainte aux soins a pris toute sa place à la création, en 1958, du sursis avec mise à l'épreuve, puis s'est amplifiée ; d'abord en 1970 ; à travers la loi sur la prise en charge des toxicomanes, ensuite ; en 1986 ; par la création des SMPR (services médicaux psychiatriques régionaux), et surtout dès l'entrée en vigueur de la loi du 17 juin 1998, qui a introduit la possibilité pour les juridictions pénales de prononcer une injonction de soins à l'égard des auteurs d'infractions sexuelles.

Se sont alors posées d'inévitables questions : peut-on soigner contre la volonté de l'intéressé ?

La contrainte est-elle un outil ou une entrave ? Le soin est-il éthique ? Faut-il soigner les personnes condamnées pour un acte de délinquance, ou la souffrance ne doit-elle pas au contraire appartenir à la peine ? Soigner un délinquant ne le soigne pas de sa délinquance, laquelle n'est pas une maladie, doit-on alors considérer que le soin est une étape obligée vers une réconciliation sociale ?

Les attentes des magistrats à l'égard des médecins psychiatres et tout particulièrement des experts, ont été considérables, sans doute ont-elles été bien au-delà de ce que ceux-ci étaient en capacité de mettre en évidence. L'affaire d'Outreau a été, à cet égard, un événement majeur pour replacer l'expertise à son juste niveau : celui d'un avis neutre de praticien et non d'un pré-jugement à charge ou à décharge.

Avant d'être un suspect, un mis en examen, un accusé, un patient, ne perdons pas de vue que les délinquants, qu'ils présentent ou non des troubles mentaux, sont avant tout des citoyens qui ont les mêmes droits que tout un chacun et auxquels il convient de donner les mêmes garanties d'impartialité, d'objectivité, de respect du contradictoire et des droits de la défense. A cet égard le caractère non contradictoire de l'expertise psychiatrique pénale interroge.

La psychiatrie serait-elle la solution à tous les maux de la société et tout particulièrement aux passages à l'acte de délinquances les plus graves ? Ces dernières années, on a vu poindre dans l'opinion publique, traduite immédiatement dans les discours politiques, la recherche de l'objectif du risque zéro dans un contexte de *"dérive soignante"* de la justice qui ; comme pour *"se déculpabiliser de la rigueur de la loi"*



*pénale* ; vient ajouter à la peine une dimension de soins pour se “donner l’illusion d’un traitement du crime” et laisser finalement croire que le psychiatre a la solution thérapeutique pour éradiquer tout risque de récidive criminelle, voire délictuelle.

A ce train-là, ne risque-t-on pas de provoquer une confusion entre le soin et la peine et, dès-lors, détourner le psychiatre de sa mission première qui est bien celle de soigner les malades mentaux pour leur redonner leur place de citoyen au sein de la société. De nombreux psychiatres alertent sur ce point et réclament une clarification en rappelant que la justice ne soigne pas et que l’hôpital n’enferme pas. A cet égard, la création des Unités Hautement Sécurisées Inter régionales (UHSI) sont de nature à apporter de la clarté : ces structures permettent de garantir des soins aux personnes sous-main de justice et d’éviter la confusion entre la fonction soignante et celle de privation de liberté.

Les personnes ayant des troubles psychiques, ayant commis des actes délictueux et dont la responsabilité pénale est confirmée et celles qui ont été désignées comme irresponsables pénalement doivent certes ressortir d’une prise en charge différente de celles qui, bien que présentant des troubles psychiques, n’ont jamais été mises en cause comme auteurs d’une infraction pénale.

Il nous faut toutefois être vigilant et veiller à ne pas tomber dans le piège de la confusion entre un “crime fou” et le “crime d’un fou” : tout passage à l’acte, quand bien même serait-il criminel, n’est bien évidemment pas toujours le fait d’un malade mental. D’ailleurs, la part de passages à l’acte criminel de personnes présentant une pathologie mentale justifiant une irresponsabilité pénale demeure minime autour de 1 % et 95% des crimes sont commis par des personnes qui n’ont pas de troubles mentaux.

Les échanges que nous aurons au cours de cette journée, même s’ils ne répondront pas à toutes les questions que nous nous posons, sont toutefois indispensables à la réflexion commune que nous devons conduire autour de ces notions que sont la dangerosité - psychiatrique ou criminelle, la réitération du passage à l’acte- la guérison - le sens de la peine, en gardant comme objectif la préservation de l’intérêt des personnes, patients ou victimes, ainsi qu’un nécessaire partenariat dans l’intérêt du bien commun pour parvenir, comme le déclarait un médecin psychiatre canadien, à la “*réconciliation des quêtes, des temps et des réalités*” car en la matière trois objectifs s’entrecroisent et s’opposent : le sens (voulu par le soignant), le soin ( demandé par le patient), le contrôle (exigé par l’Etat).

**- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Monsieur le Directeur, permettez-moi d’abord de vous remercier pour l’organisation de cette première journée d’échanges portant sur la psychiatrie et la justice. Je crois savoir que vous avez l’intention de reconduire chaque année cette journée et je m’en félicite.

Je m’associe pleinement aux propos de Madame le Procureur de la République et je vais donc me contenter de quelques brèves observations pour ne pas abuser de votre attention qui doit être entièrement consacrée aux intervenants qui sont chargés de nous instruire sur des sujets complexes.

Les attentes de la justice concernant la psychiatrie constituent l’un des deux thèmes qui seront traités cet après-midi. C’est aussi celui sur lequel je peux le plus facilement m’exprimer même si je ne peux pas être indifférent au second thème portant sur les modalités d’accompagnement des malades mentaux dans la cité.

Je voudrais d’abord évoquer l’écart très important qui existe entre les besoins croissants d’expertises et de soins psychiatriques et l’insuffisance des moyens pour y faire face.

La loi de programmation relative à l’exécution des peines, en date du 27 mars 2012, est accompagnée d’un rapport dans lequel on peut lire :

- qu’au 1<sup>er</sup> octobre 2011 il y avait 64 147 personnes incarcérées et 175 000 personnes condamnées suivies en milieu ouvert ;
- que les lois de procédure pénale, adoptées lors de la dernière décennie et plus particulièrement celles visant à la prévention de la récidive, ont multiplié les cas d’expertises psychiatriques obligatoires pour s’assurer d’une meilleure évaluation de la dangerosité des auteurs d’infractions et établir s’ils peuvent faire l’objet d’un traitement ;

- que l'augmentation du nombre d'expertises psychiatriques réalisées sur les auteurs d'infractions pénales entre 2002 et 2009 est évaluée à plus de 149 % pour un nombre constant d'experts psychiatres qui est actuellement de 537 inscrits sur les listes des Cours d'Appel. Alors qu'en 2012, le ratio était de 61 expertises par expert psychiatre par an, ce ratio a été porté en 2009 à 151 ;
- qu'au 1<sup>er</sup> septembre 2011, pour la mise en œuvre effective des 5 398 injonctions de soins en cours, il y avait 237 médecins coordonnateurs (essentiellement des psychiatres) ;
- que 17 départements étaient dépourvus de médecins coordonnateurs et qu'en conséquence, 1 750 mesures n'étaient pas suivies ;
- qu'il manquait 119 médecins coordonnateurs pour atteindre un quota de 20 personnes suivies par médecin.

Le nombre de personnes condamnées atteintes de troubles mentaux ne cesse d'augmenter. 20 % des personnes incarcérées souffriraient d'un trouble psychiatrique.

Cette situation découle en partie de l'introduction, en 1994, de l'article 122-1 du Code Pénal dont l'alinéa 2 énonce que la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, demeure punissable mais que la juridiction "*tient compte*" de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

Alors qu'on aurait pu penser que les magistrats "tiendraient compte" du trouble psychique pour atténuer la peine, il apparaît au contraire qu'ils aggravent la peine dans un souci de sûreté pour empêcher la personne condamnée de nuire tant qu'elle n'est pas guérie.

Par ailleurs, avec le développement de la prise en charge des soins psychiatriques en prison (services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) pour les soins consentis, unités pour malades difficiles (UMD) puis unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) pour les soins contraints), les experts psychiatres sont moins réticents à reconnaître une altération plutôt qu'une abolition du discernement. Certains voient dans la reconnaissance de la responsabilité pénale du malade mental une première mesure thérapeutique.

Ainsi en renforçant l'offre de soins en prison, on renforce l'incarcération des malades mentaux. Dans le même temps, avec la création du secteur psychiatrique, les malades mentaux non délinquants bénéficient de plus en plus de soins ambulatoires.

Une décision de la Cour Administrative d'Appel de Douai du 7 janvier 2013 permet d'illustrer l'augmentation du besoin de soins psychiatriques en prison mais aussi l'application du principe de la loi pénitentiaire selon lequel le détenu malade mental est un citoyen avec des droits.

Au visa de l'article 46 de la loi pénitentiaire de novembre 2009, qui prévoit que l'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention, la cour condamne l'Etat à payer une indemnité provisionnelle de 9 000 € en retenant qu'"eu égard à la nature et à la gravité des troubles dont est atteint le demandeur, du besoin avéré de soins appropriés pour éviter une pérennisation ou une aggravation de sa maladie et du retard à adopter des dispositions appropriées, le placement prolongé de ce dernier en maison d'arrêt destinée à accueillir des détenus en bonne santé est par suite, une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service pénitentiaire".

La prise en compte de la dangerosité dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions est au cœur des dernières lois pénales qui tentent de prévenir la récidive. Et on se tourne vers le psychiatre et le criminologue pour qu'ils nous donnent des réponses pour réaliser la promesse de sécurité, le risque zéro.

Cette démarche nous oblige, comme vous l'avez dit, Madame le Procureur de la République, à nous interroger sur le sens de la peine. Nous poursuivons incessamment les débats qui opposaient les néoclassiques et les positivistes. Nous n'en finissons pas de nous interroger et de nous diviser sur la notion de responsabilité pénale et sur la fonction de la peine.

Je conclurai en citant Monsieur Jean Danet qui écrivait dans un article publié dans la Revue Champ Pénal : "la mesure de la responsabilité pénale pour choisir et fixer une peine peut-elle encore faire sens ? Ou encore

la dangerosité couplée au “but de défense sociale” vont-ils tout emporter et devenir le paramètre essentiel, voire exclusif de la peine ?”.

## I. LES ATTENTES DE LA JUSTICE CONCERNANT LA PSYCHIATRIE

### ➤ La représentation sociale de la dangerosité et de la maladie mentale :

**- Docteur Julien LUC, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :**

#### 1. Le sentiment d'insécurité et la stigmatisation :

Pour commencer, je vais vous faire part de quelques chiffres, issus d'une étude de criminologie canadienne qui date de 2001 mais qui est assez parlante.

En 2001, plus de 30% de la population française est en proie à la peur du crime, donc à un sentiment d'insécurité. Ce sentiment ne trouve pourtant aucune corrélation dans les faits. Mais l'on peut dire que ce sentiment d'insécurité est nourri par les scènes de la violence ordinaire, avec une médiatisation de telles violences où l'exceptionnel est généralisé dans les représentations ainsi qu'une judiciaire de la violence « privée ». Un fossé s'accroît donc entre les aspirations au bonheur des citoyens et l'incompréhension des « crimes de la vie quotidienne » vécus par la population comme une menace dans la représentation protectrice du foyer, « comment ce crime horrible commis par quelqu'un à mon image pourrait-il être autre chose qu'un accès de folie ». On peut alors émettre des hypothèses psycho dynamiques : plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination et plus grande est l'exigence de punition. Plus la médiatisation généralise et rend universel le crime, plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée. Nathalie Przygozki-Lionet écrivait que « la focalisation des médias sur les affaires criminelles amène l'opinion publique à surestimer la fréquence des actes violents, cette distorsion perceptive facilitant l'émergence d'émotions négatives telles que la peur et le sentiment d'insécurité, ce qui conduit inévitablement à une sévérité accrue chez les individus ». Les peurs ont un caractère irrationnel, il faut donc analyser de manière critique les chiffres de la criminalité, et l'on peut constater, comme le rappelle Monsieur CUSSON « contrairement à la croyance populaire, il y a un recul évident et énorme des homicides et par extension, des crimes de violence ». On assiste pourtant à l'émergence de la violence « gratuite », alors que la violence dite « pour survivre », est en déclin. Cette persistance de la violence d'apparence gratuite est difficilement explicable et donc assimilable à la folie. Mais cette violence peut être générée par d'autres hypothèses, le rôle de la société qui met en avant le narcissisme, la banalisation de la violence. La violence devient un moyen ultime d'exister pour certains individus.

#### 2. Les représentations sociales de la maladie mentale :

Dans l'opinion publique, la maladie mentale est assimilée à la dangerosité, comme le démontrent certaines études : aux Etats Unis, 61% des américains pensent encore qu'un schizophrène agressera une autre personne très probablement ou vraisemblablement. En France, dans les Enquêtes d'opinion, la schizophrénie est associée à un danger ou à un passage à l'acte. Une étude IPSOS effectuée en 2001 nous apporte l'image de la schizophrénie auprès du grand public. Dans les représentations spontanées, la schizophrénie est assimilée à la maladie et à la folie chez 69% des personnes interrogées à la violence dans 16% des cas, à des Soins pour 14% d'entre eux, à de la Souffrance (12%), des Troubles du comportement (6%) et enfin à une nécessité d'Enfermement (5%)

86% des personnes interrogées ont décrit la schizophrénie comme une maladie mentale quand 5% d'entre eux pensent qu'il s'agit d'une maladie physique. Pour 66% des personnes interrogées, la schizophrénie est une maladie qui peut se soigner, contre 22% de la population pense qu'on ne peut pas. Au niveau de la stigmatisation, si 65% des personnes interrogées pensent que le schizophrène peut mener des activités normales, 48% d'entre eux estiment que celui-ci est dangereux pour les autres, et 68%, dangereux pour lui-même.

#### 3. Dangerosité et maladie mentale :

Les positions initiales des représentations de la population sont infondées, ainsi en 1987 la « National Mental Health Association » déterminait que « les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas plus à risque de réaliser un crime que les autres membres de la population générale ». En effet, si les problèmes d'alcool et de drogues sont exclus, le risque est sensiblement le même. Pour ERONEN, dans une étude menée en 1996 et en 1998, le risque de commettre un acte violent en relation avec la pathologie schizophrénique est 10 fois supérieur à celui retrouvé dans la population. HODGINS, GALLET, et BRENNAN ont ainsi déterminé que les troubles psychiatriques majeurs sont associés au risque violent de manière significative. Pour TREPLIN, les biais méthodologiques sont trop importants pour conclure ainsi. Le risque violent doit être mis en relation avec les conduites addictives et la pathologie en phase aigüe. Plus récemment, dans une étude de 2011 sur la dangerosité psychiatrique, la Haute Autorité de Santé a déterminé que le risque de violence chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques est environ multiplié par 2 par rapport à la population générale, soit 3 à 5% des actes violents sont le fait de personnes souffrant de troubles mentaux. Mais parallèlement, il est constaté qu'une personne en souffrance psychique est 7 à 17 fois en position de victime que la population générale, et que les risques de violence rencontrés chez ces personnes est souvent une violence exercée contre elle-même, à travers des actes d'automutilation et des tentatives de suicide. En effet, il faut savoir que 12 à 15% des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident. De plus, les comportements hétéro-agressifs touchent d'abord la famille et les proches, d'autres patients ou les professionnels de santé. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels que des personnes sans aucun lien avec le patient sont touchées par son comportement agressif. J.L SENON, dans une étude EMC de 2012, peut venir résumer mon propos. Il expose que « si la violence des malades mentaux est plus grande que celle de la population générale, la proportion d'actes criminels commis par des malades mentaux est très faible ». De plus, « les malades mentaux sont proportionnellement bien plus souvent victimes de violences que la population générale ».

Pour conclure, l'irrationalité des peurs peut avoir des incidences sur les politiques pénales, et ces politiques pénales peuvent avoir des incidences sur les soins mentaux : il est donc nécessaire pour les soignants et la justice de se détacher de ce phénomène de peur pour accéder à une information valide pour pouvoir penser. Des initiatives ont été prises pour tenter de déstigmatiser, comme le mouvement de psychiatrie citoyenne ou encore les Centres de Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS). La place de l'expertise psychiatrique mérite également certaines interrogations. Ainsi, en 2012, l'Académie Nationale de Médecine déterminait que « l'évaluation de la dangerosité criminologique est l'une des missions les plus difficiles qui puisse être confiée à un médecin psychiatre expert de justice ».

### ➤ **Les enjeux de l'expertise psychiatrique dans la procédure pénale :**

#### **- Maître Samuel ESTEVE, Avocat au Barreau de Dijon :**

L'Enjeu de l'expertise est considérable, Madame le Procureur parlait du désastre d'Outreau : quel évènement dans notre histoire pourrait mieux caractériser la question des expertises ? Mais, depuis l'affaire d'Outreau, rien n'a changé, les écueils qui existaient à cette époque sont toujours là. Que demande-t-on à un expert ? De dire si un gardé à vue, un prévenu, ou un accusé est malade ou non. C'est la première mission de l'expert et à mon sens, la seule. L'expertise peut devenir problématique quand elle ne se cantonne plus à définir si une personne est malade ou non. L'Article 122-1 du Code Pénal distingue l'altération du discernement et l'abolition du discernement. Si un expert conclut à une abolition du discernement de l'intéressé, celui-ci ne peut pas être pénalement responsable, il ne peut pas être déclaré coupable. Le problème majeur de ce système, c'est que l'on constate que certains experts sont plus enclins à conclure à l'abolition du discernement, et d'autres à l'altération. L'expert a certes forcément un avis personnel, et on peut constater deux tendances : l'expert abolitionniste et l'expert altérationniste. Les juges d'instruction savent vers quel expert se tourner pour obtenir ce qu'ils veulent.

Les conséquences sont importantes, car si l'abolition du discernement débouche sur une irresponsabilité pénale, l'altération du discernement n'apporte qu'une circonstance atténuante censée déboucher sur une punition moins importante de punir l'auteur de l'infraction. Mais dans les faits, ce n'est pas le cas. Si les juges professionnels tendent à prendre en compte cette circonstance atténuante, dans les Cour d'Assise où est présent un jury ce n'est pas le cas. Malheureusement, l'affect prend le pas et celui-ci est banni en justice.

Cette problématique du trouble mental n'est pas le thème qui m'intéresse au premier chef. Ce qui m'intéresse, c'est quand il n'y a pas de discernement, c'est quand l'homme ou la femme accusé(e) conteste les faits. C'est là que le danger est le plus grand.

Le danger est le plus grand en matière d'atteintes sexuelles, dans les dossiers pour agressions sexuelles, il y a rarement de témoins ou de preuves. On est alors en présence de dossiers où l'on est contraint de tirer des enseignements de la parole du plaignant et de l'accusé. C'est délicat car il n'est plus question de troubles mentaux mais de traits de personnalité : c'est l'écueil majeur de l'expertise pénale. Quand l'expert investit le terrain des traits de personnalités cela devient dangereux, car il vient exposer son analyse devant un tribunal, il vient parler au juré.

L'Expert ne doit pas être là pour alimenter un dossier, il doit faire une analyse objective. On lui demande la prudence. L'Expertise est bien souvent la pièce maîtresse des dossiers, dans ceux où il n'y a rien. Les écueils de l'expert, c'est l'affecte et les certitudes. Je finirais sur une question : dans quelle mesure l'expert a-t-il besoin des pièces pénales du dossier?

➤ **Les attentes de la Justice dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire :**

**- Alicia VIVIER, Vice-présidente chargée de l'application des peines à Dijon :**

**Historique du suivi socio-judiciaire :**

Le suivi socio-judiciaire (SSJ) est une peine 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. Elle est applicable depuis le 19 juin 1998, pour des faits commis à compter de cette date.

L'intérêt, entre autres, est de proposer une organisation justice-soins contraignante, adaptée au profil des condamnés les plus dangereux.

Le dispositif a été complété par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales qui prévoit l'extension des infractions concernées, la possibilité d'assortir le suivi socio-judiciaire d'un placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) (dans certaines conditions : condamné majeur à une peine au moins égale à 7 ans, ayant fait l'objet d'une expertise de dangerosité, si indispensable pour prévenir la récidive).

Puis, la Loi du 5 mars 2007 a prévu une nouvelle extension du champ d'application.

Enfin, la loi du 25 février 2008 indique qu'en cours d'exécution d'un suivi socio-judiciaire, le Juge d'Application des Peines (JAP) peut soumettre le condamné à une assignation à domicile (pour les peines criminelles d'au moins 15 ans).

**Définition du suivi socio-judiciaire :**

Le suivi socio-judiciaire emporte obligation de se soumettre, sous le contrôle du JAP, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine principale d'emprisonnement ou de réclusion.

Juridiquement, c'est une peine complémentaire, pouvant être prononcée à titre de peine principale en matière délictuelle (mais elle vient généralement compléter une peine d'emprisonnement avec ou sans sursis simple). Certains y voient une mesure de sûreté pouvant être prononcée par la juridiction pénale de jugement ayant à connaître d'un certain nombre d'infractions à caractère sexuel.

Les infractions concernées sont les atteintes volontaires à la vie, viol, agression sexuelle, atteinte sexuelle, exhibition sexuelle, tortures ou actes de barbarie, enlèvement ou séquestration, corruption de mineur, diffusion d'image pornographique de mineur ou de message violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine et susceptible d'être vu ou perçu par un mineur, certaines destructions ou dégradations commises par moyen dangereux pour les personnes, violences par conjoint ou sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité (prononcé obligatoire s'il s'agit de violences habituelles, sauf le sursis avec mise à l'épreuve ou décision spécialement motivée de la juridiction).

Pour que le prononcé de cette peine soit possible, la personne poursuivie doit avoir été soumise, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale (sauf pour l'exhibition sexuelle). L'expert est interrogé sur l'opportunité du prononcé d'une injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

Depuis le 1er mars 2008, sauf décision contraire de la juridiction de jugement, l'injonction de soins doit obligatoirement être prononcée lors d'une condamnation à un suivi socio-judiciaire, dès lors que l'expertise aura conclu à la possibilité d'un traitement (disposition issue de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs)

Durée maximale du suivi :

- délit : 10 ans (jusqu'à 20 ans par décision spécialement motivée)
- crime : 20 ans (30 ans si crime puni de 30 ans de réclusion ; pas de limitation de durée si crime puni de la perpétuité, mais le JAP peut y mettre un terme au bout de 30 ans)

Durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné :

- délit : 3 ans
- crime : 7 ans

Les obligations assortissant le suivi socio-judiciaire : Obligatoirement, les mesures de surveillance de l'article 132-44, applicable au sursis avec mise à l'épreuve ; selon la décision de la juridiction de jugement, les obligations particulières de l'article 132-45, lui aussi applicable au sursis avec mise à l'épreuve. La seule obligation spécifique au suivi socio-judiciaire est l'injonction de soins.

Dès le prononcé du suivi socio-judiciaire, si injonction de soins, le président de la juridiction avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution. Si la peine vient compléter un emprisonnement ferme, le condamné est averti de la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

Quand il notifie ensuite les obligations, le JAP indique au condamné soumis à injonction de soins, le nom du médecin coordonnateur désigné, qu'il doit rencontrer dans un délai maximum d'un mois.

Le JAP peut ou doit parfois rajouter l'injonction de soins postérieurement à la condamnation. Il le fait par jugement, après débat contradictoire.

Les cas où il doit le faire sont lorsque l'injonction de soins n'a pas été prononcée par la juridiction de jugement. Le JAP doit alors ordonner, en vue de la libération du condamné, une expertise afin de déterminer s'il peut faire l'objet d'un traitement. Si l'expertise répond positivement à cette question, il doit rajouter l'injonction de soins, sauf décision contraire motivée.

Pour les condamnés détenus, lorsqu'il accompagne une peine d'emprisonnement ferme, le suivi socio-judiciaire s'applique, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter de la libération. Pour autant le prononcé d'un suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soins a des incidences pendant la période de détention:

- le condamné exécute sa peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté. Il est immédiatement informé par le JAP de la possibilité d'entreprendre un traitement. S'il n'y consent pas cette information est renouvelée au moins une fois par an.
- si refus de soins, le condamné ne peut en principe bénéficier de réduction de peine supplémentaire, sauf décision contraire du JAP.
- avant toute décision d'aménagement de la fin de peine, le condamné doit être soumis à une expertise préalable (sauf si la condamnation a été prononcée moins de deux ans avant)

### **L'articulation entre la justice et les soins : la mise en œuvre de l'injonction de soins :**

– La désignation du médecin coordonnateur :

Par ordonnance du JAP, sur une liste de psychiatres, ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, établie tous les trois ans par le procureur de la république (l'article R 3711 du Code de la Santé Publique détermine les conditions d'inscription ; L'arrêté du 24 mars 2009 détermine le cursus à suivre pour un non psychiatre).

Le médecin coordonnateur ne doit pas être le médecin traitant du condamné, ni avoir procédé à son expertise en cours de procédure. Il ne peut suivre qu'un maximum de 20 personnes dans le cadre de l'injonction de soins.

Le JAP adresse au médecin coordonnateur, la copie des pièces utiles à l'exercice de sa mission (notamment les expertises médicales, y compris celles ordonnées en cours de mesure). Les praticiens chargés de dispenser les soins en milieu pénitentiaire lui adressent également les informations médicales sur le condamné, afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Dans la mesure la désignation du médecin coordonnateur, la première convocation du condamné par ce dernier, et le choix du médecin traitant doivent intervenir avant même la libération.

Les médecins coordonnateurs reçoivent une indemnité forfaitaire annuelle de 700 euros bruts par personne suivie (article R 3711-11 du Code de la Santé Publique).

Les problèmes et attentes en la matière sont la pénurie de médecins coordonnateurs. Certes, il y a peu de suivis socio-judiciaires en proportion de la taille du ressort, mais malgré tout leur nombre reste insuffisant.

– Le rôle du médecin coordonnateur :

- Il convoque le condamné à un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de l'injonction de soins.
- Il l'invite, au vu des expertises réalisées, à choisir un médecin traitant et/ou un psychologue traitant si la personnalité de l'intéressé le justifie. Il peut refuser d'avaliser son choix si le médecin ou le psychologue traitant pressenti n'est manifestement pas en mesure d'assurer la prise en charge. S'il y a désaccord persistant, le JAP assure l'arbitrage après avis du médecin coordonnateur et convocation du condamné, mais il ne peut désigner qu'un médecin pressenti ou accepté par le condamné. Si la désignation est impossible, il est prévu la mise à exécution de l'emprisonnement encouru.
- Il informe le médecin traitant pressenti du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction de soins et reçoit son accord confirmé par écrit.
- Il conseille le médecin ou psychologue traitant, à sa demande ; lui remet toutes pièces utiles du dossier.
- Il transmet au JAP ou au Service Pénitentiaire Insertion et Probation (SPIP), les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.
- Il convoque au moins une fois par trimestre le condamné pour effectuer un bilan de sa situation.
- Il transmet au moins une fois par an (deux fois l'an pour les crimes les plus graves) au JAP un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins (bilan, appréciation de l'évolution, propositions pour l'avenir).
- En liaison avec le médecin traitant, il informe le condamné, dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire, en lui donnant tous conseils utiles.

Les attentes de l'institution judiciaire sont que ces prescriptions soient respectées mais il semble que cela ne soit pas le cas dans les dossiers en cours...

– Rôle du médecin traitant :

Il s'inscrit dans le cadre du principe de la liberté de soins : le condamné peut changer de médecin, le praticien interrompre le suivi, le JAP ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant.

Celui-ci peut prescrire tout traitement, y compris des inhibiteurs de libido.

Il délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du JAP de l'accomplissement de l'injonction de soins.

Il est tenu au secret médical et professionnel, sous réserve de la communication possible de certaines informations à certains acteurs de la peine, dans les cas prévus à l'article L 3 711-3 du Code de la Santé Publique :

- en cas de difficulté dans l'exécution du traitement, il peut informer le médecin coordonnateur qui avise lui-même le JAP et/ou le SPIP.
- en cas d'interruption du traitement, information possible du médecin coordonnateur, du JAP et/ou du SPIP.
- en cas de refus ou d'interruption du traitement contre son avis, information obligatoire et sans délai du médecin coordonnateur qui avise le JAP.

Il n'est tenu que de signaler ces événements, pas d'en expliciter les raisons, que le JAP doit éclaircir en recueillant les explications du condamné ou en ordonnant une expertise.

– Les sanctions des manquements aux obligations ou à l'injonction de soins :

La mise à exécution partielle ou totale de l'emprisonnement encouru, après débat contradictoire. Cette mise à exécution ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire. En cas de nouveau manquement, le JAP pourra à nouveau ordonner l'incarcération, dans la limite de la durée d'emprisonnement initialement fixée par la juridiction de jugement.

Le relèvement anticipé :

- devant la juridiction de jugement : un minimum d'un an doit s'être écoulé depuis la condamnation. La requête est adressée au JAP et l'expertise transmise à la juridiction avec un avis motivé. Si refus, il n'est pas possible de présenter une nouvelle demande avant un an ;
- devant le Tribunal de l'application des peines : quand le suivi socio-judiciaire est prononcé sans limitation de durée, le relèvement n'est possible qu'après 30 ans, et est de la compétence du tribunal d'application des peines.
- devant le JAP : possibilité de demander le relèvement total ou partiel (relèvement du suivi socio-judiciaire ou d'une partie des obligations y compris de l'injonction de soins). Les conditions : l'avis du

médecin coordonnateur, le reclassement du condamné acquis, un traitement n'est plus nécessaire (ce qu'une expertise viendra opportunément confirmer en plus de l'avis du médecin coordonnateur), l'accord du médecin coordonnateur (s'il n'est pas donné, la demande de relèvement doit être examinée par la juridiction de jugement). La décision est rendue par ordonnance après l'audition du condamné.

**- Marie-Noëlle LORIOT, Vice-procureur de la République de Dijon :**

Le suivi socio judiciaire est une peine créée par la loi du 17 juin 1998 suite à l'augmentation des condamnations en matière d'infractions sexuelles. Les lois de 2005 et 2007 viennent étendre son champ d'application. C'est à partir de ces lois que le suivi socio-judiciaire émerge. Un autre palier est franchi en 2008, où l'on augmente la place du suivi socio-judiciaire. En effet, dans le cadre d'un suivi, il est possible de faire des ajouts, selon les cas d'infractions, des peines de surveillance, de sûreté peuvent être par exemple prononcées.

Il y a une évolution de la législation, dans le cadre de détenu dangereux. Il y a eu la mise en place d'un suivi médical et contraignant. Le Ministère public va recourir systématiquement à cette peine si l'individu présente une dangerosité psychiatrique. Ce suivi emporte une obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance notamment pour prévenir la récidive. C'est une peine privative de liberté. L'injonction de soins n'est pas une obligation de soins. En effet, dans l'injonction de soins, l'expertise préalable du condamné est obligatoire et nécessite l'intervention d'un médecin coordonnateur. A l'inverse, dans l'obligation de soins, le choix du médecin traitant est libre et en général, aucune d'expertise n'est pratiquée.

Autre spécificité du suivi socio-judiciaire, le tribunal doit fixer la durée de la peine, avec différents plafonds selon la nature de l'infraction : 10 ans maximum pour les délits, 20 ans pour les crimes et 30 ans pour la réclusion criminelle à perpétuité. Le prononcé de cette peine par le tribunal ne nécessite pas l'accord du condamné, ni sa présence à l'audience. La durée de l'emprisonnement encouru si l'injonction de soins n'est pas respectée est fixée dans le contenu des obligations du suivi socio-judiciaire. Il y a d'autres obligations générales ; telles que répondre aux convocations, informer le juge de l'application des peines de tout changement de domicile ou de séjours à l'étranger. La personne a le double statut de condamné et de patient qui oblige le médecin et le service d'insertion et de probation à trouver un fonctionnement acceptable pour tous dans l'intérêt des personnes et de la société. Le médecin coordonnateur va faire le lien entre le médecin-traitant et le juge de l'application des peines. Il doit rendre compte, au moins une fois par an, au Juge de l'application des peines, de l'évolution du suivi. Le prévenu, s'il ne respecte pas son injonction, sera averti du risque de ré-emprisonnement. S'il y a une peine d'emprisonnement, il peut dès sa détention recevoir des soins. La commission d'application des peines peut alors lui accorder une réduction des peines, quand il montre sa bonne volonté. Au sein du département de la Côte d'Or, il y a actuellement 41 dossiers de suivi : 34 personnes libres et 7 en détention.

## **II. APERÇU DES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DANS LA CITÉ**

### **➤ Le rôle du Conseil Local de Santé Mentale :**

**- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et Chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :**

Partant du principe que la santé mentale est l'affaire de tous, nous avons coordonné au mieux nos actions avec les professionnels de santé, mais aussi au niveau social, sans négliger non plus les élus locaux. Ils ont en effet un rôle fondamental dans la Cité et sont souvent interpellés au premier chef. La souffrance psychique peut avoir des répercussions considérables, renvoyant à l'exclusion, la stigmatisation, la précarité. Le maire d'une commune n'est pas indifférent à de telles préoccupations. Les « négligés », les « évités », aggravent le plus souvent des situations déjà complexes. Ainsi, nous avons pu entretenir des liens solides avec les élus de la Municipalité de Longvic depuis plusieurs années et sous cette impulsion, nous avons mis en place comme dans d'autres villes en France, un Conseil Local de Santé Mentale dont Madame Claude DARCIAUX, Député-maire, en est la présidente.



Le Conseil Local de Santé Mentale de Longvic a donc été inauguré le 19 mai 2011, sous le nom de Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA ».

Franco BASAGLIA (1924-1980) est un psychiatre italien qui fut à l'origine de l'ouverture des asiles dans son pays dans les années 70. Lorsqu'il commença sa carrière médicale, il découvrit les conditions effroyables dans lesquelles vivaient « les fous » à l'hôpital psychiatrique. Il en fut bouleversé et révolutionna, avec ses partisans et face à de nombreux opposants, le système en place. C'est ainsi que naquit en Europe le mouvement « antipsychiatrique ».

Le Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA », est né du développement d'une étroite collaboration entre le Centre Médico-Psychologique « Marc CAVALLO », avec tous les acteurs de la ville de Longvic et certaines municipalités du secteur qui se sentent également concernés par le bien-être de leurs Concitoyens. Nous travaillons donc régulièrement avec les élus, les services sociaux, les médecins généralistes, les pharmacies libérales, les cabinets d'infirmières libérales, les services de la police municipale, les bailleurs sociaux, les acteurs de la vie associative, le service des sports, les services culturels...

L'émergence des Conseils Locaux de Santé Mentale part d'un constat ancien : les problématiques psychiatriques ne peuvent être traitées par les seules institutions sanitaires. Il faut donc travailler de concert avec les différents partenaires afin que chacun apporte des éléments de réponse, adaptée à la personne mais aussi à la situation, dans son domaine d'intervention et son champ de compétence. Le but étant d'apporter une réponse la plus globale possible.

C'est sur cette longue expérience de collaboration efficace que se sont appuyés Madame DARCIAUX, alors député-maire, et moi-même, pour créer ce dispositif sur le territoire de Longvic. Plusieurs rencontres préliminaires avec des élus des communes environnantes ont eu lieu pour une création du Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA » en mars 2011 et la première assemblée générale le 19 mai 2011. Le Conseil Local de Santé Mentale « Franco BASAGLIA » regroupe 6 communes : Chenôve, Genlis, Longvic, Quetigny, Saint Apollinaire et Neuilly-lès-Dijon, soit une population totale de 47 470 habitants, sachant par expérience, que le seuil critique est situé à 80 000. Au-delà, la coordination devient trop complexe.

Le Conseil Local de Santé Mentale est géré selon les modalités d'une association régie par la loi de 1901. L'association est composée de membres d'honneur : le Directeur de l'ARS ou de son représentant notamment, de membres de droit : le Directeur du Centre Hospitalier la Chartreuse ou son représentant, les maires des communes ou leurs représentants. Enfin, l'association est composée de membres actifs et des partenaires qui font vivre le Conseil Local de Santé Mentale tels que les élus locaux, les acteurs du domaine sanitaire, les acteurs du domaine social, les membres des directions d'institutions spécialisées, les familles, les usagers, les représentants de la justice, les forces de l'ordre, les financeurs ; les bailleurs sociaux, les représentants de l'Education Nationale et enfin les Citoyens sensibilisés au domaine de la Santé Mentale.

Les Champs d'intervention et les objectifs du Conseil Local de Santé Mentale sont tout d'abord la santé mentale, l'accès aux soins, mais aussi l'accès à l'emploi (en milieu protégé ou ordinaire), et l'accès et le maintien au logement dans la cité. Au sein de ces grands thèmes, nous allons, développer le partenariat entre les différents acteurs de la cité, préoccupés par le problème de la santé mentale. Nous nous assurons également d'une meilleure coordination entre les différents acteurs face à des problèmes posés dans le domaine de la souffrance psychique, notamment dans le domaine des soins, ainsi qu'une meilleure coordination entre les partenaires. Nous nous efforçons de lutter contre la stigmatisation tant au niveau de la santé mentale qu'au niveau de la psychiatrie, ainsi que de développer une politique de prévention par des actions de communication, d'information et de formation, en organisant notamment des rencontres axées sur la prévention, la recherche et l'enseignement.

Le Bureau du Conseil Local de Santé Mentale se réunit en moyenne une fois par mois. Depuis mai 2011, nous avons rencontré plusieurs organismes ou institutions pour, dans un premier temps, nous identifier en vue d'élaborer des projets rentrant dans le cadre du Conseil local de Santé Mentale.

Depuis la création du Conseil Local de Santé Mentale, nous avons mené différentes actions. Durant l'année 2011, 7 rencontres ont eu lieu avec les mairies pour faire un « pré-état des lieux » et déterminer les besoins des différentes communes. Le 13 juillet 2011, une rencontre a eu lieu avec la Directrice de l'IFSI de Dijon pour un projet de colocation entre usagers et étudiants infirmiers. Le 6 janvier 2012, le Conseil Local de Santé Mentale a participé à une journée-congrès à la mairie de Paris où ont été présentées plusieurs expériences françaises de Conseils Locaux de Santé Mentale et un Atelier Santé Ville.

En janvier 2012, une rencontre a eu lieu afin de présenter des projets avec les professionnels du CHS de Sevrey (71), des responsables sociaux et politiques de la région de Chalon sur Saône, ainsi qu'une organisation d'un forum sur la prévention du suicide à Quetigny. Nous avons également organisé une soirée-débat au cinéma Cap-Vert autour de l'expérience de Trieste menée par Franco BASAGLIA dans les années 70, avec la projection du film « Il était une fois la cité des Fous... », en présence de l'ancien Président de Région de l'époque, Michel ZANETTI, et d'un psychiatre italien, Massimo MARSILI, détaché au CCOMS de Lille.

De plus, 2 rencontres se sont tenues avec l'Union Sociale de l'Habitat en Bourgogne (USHB). Par ailleurs, nous sommes en lien permanent avec le CCOMS de Lille, et cherchons en permanence à développer notre réseau partenarial.

Nos grands projets en cours sont les suivants, l'organisation de colocation patients/étudiants impliquant une installation d'étudiants en soins infirmiers sur des sites où des patients vivent en appartement et dont le maintien à domicile nécessite une présence à minima. L'Organisation de la Semaine d'Information en Santé Mentale à un niveau régional en collaboration avec Sevrey (71) et Auxerre (89) ainsi que les projets de maison communautaire en partenariat avec les Invités Au Festin (Besançon).

➤ **L'accompagnement aux soins : la réalité de la pratique sur le terrain :**

**- Pascal LIEBAUT, Cadre de santé en Centre Médico-Psychologique au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon**

Il y a un partenariat entre justice et psychiatrie notamment par rapport au patient que l'on reçoit en injonction de soins. Je vais prendre l'exemple de l'unité dans laquelle je suis cadre de santé, à savoir, le Centre Médico Psychologique des Coteaux du Suzon. Il s'agit d'un CMP ouvert où, sur 1000 dossiers, les obligations de soins concernent une vingtaine de personnes. Quand une personne arrive au CMP souvent sa demande n'est pas très claire et la première difficulté réside dans le fait que l'on découvre souvent qu'il y a une obligation de soins quand la personne demande un certificat : y a-t-il une demande, et comment peut-on arriver à travailler ? La difficulté réside dans le fait que les patients n'ont pas forcément l'envie ou la conscience de travailler sur leurs troubles. Ils viennent car ils y sont contraints mais dans le sens du soin, on « piétine » beaucoup.

Pour le suivi, nous avons principalement deux cas de figure : soit les personnes viennent régulièrement, soit elles ne viennent plus. Si le patient ne se présente plus, nous prévenons la justice en fonction de sa dangerosité et nous nous désengageons de sa prise en charge.

Une question éthique se pose également lorsque l'on reçoit des personnes qui sont soumis à une injonction de soins : le CMP exerce aussi une activité de victimologie. Il n'est pas impossible qu'un jour, dans la salle d'attente, une victime et son agresseur se retrouvent nez à nez : que faire dans ce cas de figure ?

➤ **La psychiatrie citoyenne et le changement des représentations sociales de la maladie mentale :**

**- Docteur William GUICHERD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon - Marie AUDOIN, Psychologue au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon**

I. Les chiffres clé de l'enquête SMPG et les idées reçues dans le site du Psycom 75

Associé aux représentations sociales de la maladie mentale, on retient principalement un constat d'une conception de dangerosité. Dans un article restituant les résultats d'une étude réalisée sur un échantillon de 36 000 personnes représentatives de la population générale française (Roelandt, J.-L. & Col. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'encéphale (2010), Supplément 1 au n°3, 1-13.), J.L. Roelandt montre que les termes « fou » et « malade mental » (termes pertinents dans le vocabulaire populaire pour décrire ce qui relève du champ de la santé mentale) sont fortement liés aux comportements violents et dangereux (meurtre, viol, agression). Le fou et le malade mental sont décrits comme des êtres anormaux, irresponsables, inconscients, exclus, peu guérissables, à soigner contre leur gré par médicaments et hospitalisation.

Ce phénomène d'enfermement des représentations s'expliquant par le fait que la problématique de la déviance est inhérente à celle de la maladie mentale, les maladies mentales se représentent comme des déviances sociales, stigmatisantes et ce, sans doute encore plus que les autres maladies. Les auteurs associant la stigmatisation à des problèmes de connaissance (ignorance), d'attitudes (préjugés) et de comportements (discrimination).

Face à un autre qu'on ne comprend pas et dont on ne peut maîtriser le comportement, la société pointe du doigt la différence qui se transforme en stigmate. Pour citer Zarifian, « Par définition, le fou, c'est l'autre ! » (E. Zarifian, 1999, Les jardiniers de la folie, Eds Odile Jacob). La maladie mentale est encore mal connue, incomprise, le manque d'information sur le sujet favorisant un climat d'incertitude.

Quelques chiffres permettent de restituer la réalité de cette dangerosité associée à la maladie mentale dans la croyance générale (Site Psycom75, mythe et réalité):

- Moins de 1% des crimes sont commis par des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale.
- Aucune corrélation entre diagnostic psychiatrique et passage à l'acte violent n'a été scientifiquement prouvée.

A contrario, un patient suivi en psychiatrie a 12 fois plus de risques d'être victime d'un crime violent que la population générale... Et 140 fois plus de risque d'être victime de vols = Les patients suivis en psychiatrie sont plus souvent victimes qu'agresseurs.

## II. A partir de ce constat que fait-on ? : Présentation de la psychiatrie citoyenne

Parce que les personnes aux prises avec une maladie mentale sont trop souvent victimes de préjugés et d'exclusion et n'ont pas toujours accès aux opportunités sociales qui leur permettraient de se sentir citoyens à part entière et face au constat que l'on fait encore trop souvent porter tout le poids de la réintégration sociale à la personne alors que ce processus devrait être partagé par tous les membres de la communauté, des mouvements citoyens ont vu le jour, tel que le Mouvement international citoyenneté et santé mentale (MICSM), lancé à Besançon en 2010, définissant le concept de Psychiatrie Citoyenne comme une démarche collective visant à ouvrir un espace social et politique afin de permettre à chacun d'assumer sa place comme citoyen au sein de la communauté.

Le Mouvement prône essentiellement l'idée qu'« Il n'y a pas de psychiatrie citoyenne sans implication des citoyens ». Chacun - c'est-à-dire les citoyens « ordinaires », ceux globalement insérés dans la société - étant responsable de tous et particulièrement des plus fragiles. «La folie est chose trop sérieuse pour être laissée aux seuls psychiatres. La souffrance a besoin d'être entendue, acceptée, reconnue au-delà des cabinets et rendez-vous de spécialistes. »

Pour citer différents axes de travail du mouvement:

- Le soutien aux initiatives et services permettant aux personnes, au-delà de la maladie qui les affecte, de se redéfinir comme individus et de se projeter comme membre à part entière d'une communauté en participant activement à la lutte aux préjugés et à la stigmatisation.

- L'accessibilité et l'efficacité des services permettant que les ruptures de la personne avec ses proches et son milieu soient limitées et surtout, que l'empreinte de la psychiatrie soit la plus légère possible.

- La valorisation des attitudes et des comportements mais aussi la promotion des lois et des règlements permettant aux personnes et à leurs proches de se sentir reconnus comme citoyens à part entière et soutenus dans leur processus d'intégration ou de réintégration sociale.

### III. Quelques exemples de pratiques citoyennes locales

- Exemple de la maison communautaire des Invités au Festin à Besançon. Exemple d'un lieu de vie soutenu par l'engagement citoyen :

L'association Les Invités au Festin (IAF), créée par Marie Noëlle Besançon, psychiatre et psychothérapeute, mène depuis bientôt 20 années une expérience s'appuyant sur une nouvelle manière d'être en relation avec les personnes souffrant de difficultés psychologiques et sociales où l'on considère celles-ci avant tout comme des personnes citoyennes et non des malades, sans pour autant nier et négliger leurs troubles.

L'on y vise la réhabilitation de ces personnes, pour qu'elles retrouvent leur place dans la société, en organisant une vie de style communautaire, dans un lieu non médicalisé.

Il s'agit d'une approche globale de la personne, de manière transversale, qui tient compte des 3 niveaux de relation qu'elle entretient avec elle-même, avec l'autre et avec son environnement. Ce qui va permettre de développer les capacités d'auto-guérison des personnes, et le potentiel soignant de l'entourage. On peut parler de co-thérapie relationnelle.

- Exemple de l'évaluation des activités d'un CLSM :

Notre étude a montré que la communication sur la santé mentale par les professionnels est déjà perceptible mais c'est l'implication et le fait que les citoyens puissent donner leur avis qui est source de changement de représentations.

Au niveau des activités CATTP dans la cité, un changement de regard s'est également opéré du côté des animateurs de ces activités.

### **III. ECHANGES AVEC LA SALLE ET CLÔTURE**

Moderateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon.

- Bruno MADELPUCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.

- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et Chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.

**Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY** : En première partie de l'après-midi, Maître ESTEVE évoquait une instrumentalisation de l'expert psychiatre par le juge, qui est un vrai danger. Avez-vous Maître ESTEVE des solutions à proposer à ce problème?

**Maître Samuel ESTEVE, Avocat au Barreau de Dijon** : Le risque se cristallise autour du juge d'instruction, car il maîtrise la procédure et a un avis sur la réalité de son dossier. Il a des certitudes très vite sur la nature de la culpabilité ou non du suspect. Dès lors qu'il a ces certitudes, il a le pouvoir, dont celui de choisir l'expert le plus susceptible d'aller dans son sens.

**Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon et Président de la Commission Médicale d'Etablissement** : Il y a également le problème du manque d'experts. D'autre part, vous voulez une psychiatrie parfaite, mais nous, psychiatres, avons besoin du dossier pénal quand nous voyons une victime. Si nous n'avons pas les éléments de l'auteur, cela devient compliqué. De plus, il est très intéressant d'avoir les propos de l'auteur. Idéalement, pour faire un bon diagnostic psychiatrique, il faudrait consulter l'entourage.

**Monsieur JAN, délégué Régional de l'UNFAM** : Le rôle des experts est important lors des procès d'Assises, car ils ont une énorme influence sur l'intime conviction des jurés.

Au sujet de la violence, je suis d'accord avec ce qui a été dit. Il y a effectivement deux populations à risques : le personnel et les familles. C'est un sujet de forte préoccupation et bien souvent, les familles

exposées à la violence de leur proche le cache car il y a une part de honte. On demande donc à ce que soit mis en œuvre des solutions de soutien pour les familles. Dans l'association (UNAFAM), nous sommes partie prenante de cette psychiatrie citoyenne. Nous travaillons sur ce point avec le Docteur Besançon et réfléchissons sur un projet de résidence-accueil à Dijon. Ce projet fait écho à l'une des actions de psychiatrie citoyenne : faire sortir, autant que faire se peut, les personnes des institutions, dans le milieu ordinaire, pour une vie significative et citoyenne.

**Madame Juliette MESNARD, Avocate au barreau de Dijon :** Ce qui me frappe, c'est le risque de violence pour les familles qui est important. C'est le constat que je fais de ma pratique. Avez-vous donc des propositions pour qu'au niveau de la cité, il y ait un relai pour ses familles ?

**Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Nous proposons, par exemple, des thérapies familiales afin d'aider les familles dans l'accompagnement de leur proche.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :** D'un point de vue d'organisateur et d'Établissement Public Hospitalier, la question que l'on se pose au comité médical est celle du bon équilibre. Celui que l'on va mettre en place en intra hospitalier et en extra hospitalier. Il faut que la psychiatrie publique soit sur le terrain, dans les territoires : il faut oser y aller. Mais on peut constater qu'en matière d'accompagnement, il y a encore du travail à faire.

**Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Tout le monde peut être touché par la maladie mentale : l'OMS a annoncé que dans quelques années, la première cause de maladie en France serait la dépression, passant devant les maladies cardio-vasculaires. Il n'est évidemment pas question de « psychiatriser » la société mais il est nécessaire de dédramatiser quelque chose qui peut être soigné, pris en charge. Mais cela demande beaucoup de travail sur le terrain.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :** Depuis la loi de 2005 sur l'égalité des chances, les associations de famille essaient de faire reconnaître les maladies psychiques comme des situations de handicap. Mais nous avons encore un grand travail à faire pour déstigmatiser la maladie.

**Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre et chef de Pôle au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Et l'on peut dire que c'est notre rôle de déstigmatiser la maladie mentale.

**Monsieur Le Président du Tribunal de Grande Instance, Claude CONSIGNY :** Pour conclure, je suis ravi d'avoir participé à cette journée. Quand je pense aux traitements des malades mentaux, je ne peux pas m'empêcher de faire un parallèle avec la situation juridique des mineurs, avec notamment pour les malades mentaux, tout le dispositif de curatelle, de tutelle qui s'apparente à bien des égards à l'autorité parentale.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon :** Je tiens à remercier l'équipe d'organisation pilotée par Mademoiselle Charlotte GIRAULT, juriste au sein du Centre Hospitalier la Chartreuse, Madame Nathalie CHUPIN, Chargée de Communication au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse ainsi que le Docteur William GUICHERD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse mais aussi Mademoiselle Caroline LOCKS, première auditrice de justice accueillie en stage au sein du Centre Hospitalier la Chartreuse.

Par ailleurs, je remercie également Monsieur CONSIGNY et tous les magistrats présents. Les interventions étaient de grande qualité. Nous avons besoins de nous rencontrer. Il y a encore beaucoup de thèmes que nous pouvons aborder ensemble, telle que la protection des majeurs protégés, la question du soin des détenus ou encore l'expertise psychiatrique.

# BIBLIOGRAPHIE

## Centre de Documentation



Bibliographie

### «Psychiatrie&Justice»

Jun 2013

---

- **Les livres**

THOMAS, Pierre; ADINS AVINEE, Catherine

**Psychiatrie en milieu carcéral** /; Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

Paris : Masson, 2012. - 160

En 30 ans, la psychiatrie s'est progressivement éloignée de son image carcérale et s'est enrichie de nouvelles pratiques basées sur l'alliance thérapeutique. Parallèlement, de plus en plus de détenus souffrant de pathologies psychiatriques sont incarcérés dans les prisons de France et d'Europe, créant des besoins de soins et d'accompagnements au-delà des capacités de réponse des dispositifs en place.

Qu'ont-ils en commun, ces patients qui rentrent en prison et pourquoi 'échappent-ils' aux soins communautaires? Plus de comorbidités, plus de précarité, des actes médico-légaux dont la pénalisation peut parfois paraître démesurée par rapport à l'acte et le contexte dans lequel il a été commis. Pourquoi la prison devient-elle le lieu de vie des patients psychiatriques marginalisés ? Les raisons de cette évolution sont complexes et s'inscrivent dans l'articulation des politiques sociales, pénales et des politiques de santé. Comment délivrer des soins en prison? Quelle interaction est la plus adéquate avec les personnels de l'administration pénitentiaire ? Cet ouvrage rédigé par l'équipe du SMPR de Lille fait l'état des lieux de l'accès aux soins des détenus dans les prisons françaises. Partout, les équipes des secteurs psychiatriques et des services médico-sociaux qui interviennent dans les établissements pénitentiaires ont mis en place à partir des moyens dont elles disposent des dispositifs de soin et d'accompagnement exemplaires. Parfois, ils ont bénéficié d'un cadre légal comme dans les addictions ou dans la prévention des risques, parfois il s'agit de créativité dans le recours aux psychothérapies, à l'abord de maltraitements, à l'accompagnement périnatal des femmes incarcérées ou encore dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans un cadre légal plus flou qu'en milieu ouvert. [Résumé de l'éditeur]

Les intervenants en santé mentale trouveront ici des réponses à toutes les questions soulevées par les pratiques en milieu carcéral, questions qui concernent l'ensemble de la société.

---

CHEVALIER, P; GREACEN, T.

**Folie et justice : relire Foucault**

Toulouse : Erès, 2009. – 236

Suite aux récentes controverses sur l'expertise psychiatrique, la responsabilité pénale des malades mentaux et l'évaluation de la dangerosité, des personnalités du monde psychiatrique, judiciaire et

philosophique interrogent l'évolution du droit (modification de l'article 64, suivi sociojudiciaire, rétention de sûreté, etc.) avec l'œuvre de Michel Foucault comme horizon de réflexion.

Les questions posées par le philosophe au savoir psychiatrique et au pouvoir judiciaire restent d'actualité : à quelle légitimité prétend l'expertise psychiatrique ? Jusqu'où la justice doit-elle se préoccuper de la psychologie des individus ? À quelles stratégies répond le suivi sociojudiciaire des malades jugés " dangereux " ? Ces trois questions sont ici abordées non dans l'objectif de commenter Foucault, mais dans celui d'utiliser certaines de ses grilles de lecture pour analyser l'inquiétude actuelle des professionnels et des usagers de la psychiatrie.

Ce livre rassemble des contributions à la fois internationales (Canada, Italie, Portugal, Grande-Bretagne...) et pluridisciplinaires (avocat, procureur, psychiatre, criminologue, historien...). Il donne également la parole aux personnes directement concernées (usagers de la psychiatrie, familles des victimes de crimes), trop souvent reléguées à l'ombre des seuls experts. Ensemble, les différents acteurs proposent de dépasser les oppositions frontales en développant des solutions alternatives : procédures judiciaires nouvelles, redéfinition des champs de compétence, ouverture d'espaces de parole et d'accompagnement.

---

CANO, Nicole, Directeur de publication; MALZAC, Perrine, Directeur de publication; RICHARD, Blandine, Directeur de publication; LE COZ, Pierre; GROS, Caroline; FELICIAN, Jacques; ZAGURY, Daniel; LIOTTA, Daniel.

### **Risque et psychiatrie : enjeux éthique**

Marseille : Solal, 2009. - 91. - (Éthique et pratiques soignantes).

La notion de risque occupe une place grandissante dans les préoccupations de l'opinion publique, des décideurs politiques, des responsables administratifs et des professionnels de santé. Elle véhicule la menace d'un danger et sa perception en est essentiellement négative. S'il est humain alors de vouloir se prémunir du risque, celui-ci n'est-il pas aussi inhérent à l'entreprise humaine et ne présente-t-il pas des atouts ? N'est-il pas source de changement et de dépassement ? Placer la thématique du risque au cours d'une réflexion pluridisciplinaire sur les pratiques psychiatriques interroge la finalité du soin institutionnel. Elle intéresse aussi la santé mentale soucieuse de rompre avec les usages thérapeutiques de la psychiatrie et révèle ses enjeux sociaux et politiques. Le risque dévoile ainsi les problématiques épistémologiques et éthiques auxquelles la psychiatrie contemporaine est confrontée: ne doit-elle pas définir son champ de compétence et intégrer un questionnement éthique autour de principes fondamentalement liés à la clinique et au soin du sujet ? Des acteurs de différents champs: santé, sciences humaines et sociales, philosophie, sociologie, justice ont débattu de ces questions lors d'un colloque organisé par la Commission Éthique et Psychiatrie de l'Espace Éthique Méditerranéen. [Résumé d'éditeur]

---

LOPEZ, G; CARIO, R.

### **Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise**

Paris : Dunod, 2008. - 445. - (Psychothérapies)

La psychocriminologie s'intéresse à la fois aux auteurs et aux victimes d'infractions pénales. Éclairer la pratique clinique, aider au positionnement des professionnels, répondre aux questions de l'expertise psychiatrique pénale et de l'examen médicopsychologique pénal des auteurs et victimes, tels sont les objectifs de cet ouvrage. Introduction générale Statistiques criminelles et victimologiques, présentation du modèle théorique psychodynamique avec les auteurs, problèmes d'interprétation clinique... Agressologie Dangerosité, clinique du passage à l'acte, comportements déviants, clinique des auteurs de violences sexuelles, adolescents difficiles, responsabilité pénale, examen médico-psychologique, violence des malades mentaux, outils d'évaluation, facteurs criminogènes, injonction de soin... Victimologie Évolution de la pensée victimologique, définition de la victime, instruments internationaux, mouvements associants, dispositif de protection de l'enfance, droits des victimes, réparation des préjudices, accompagnement social, expertise médico-psychologique, justice restaurative... [résumé d'auteur]

---

PHAM, TH, Directeur de publication.



**L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels** / Sprimont : Mardaga, 2006. - 238. - (Pratiques psychologiques, évaluation et diagnostic)

Depuis plus d'une décennie, les agresseurs sexuels font la une de l'actualité judiciaire et confrontent les professionnels de terrain à des défis de taille. D'une part, nos sociétés veulent se protéger contre la récidive sexuelle, et des dispositions légales ont été prises dans de nombreux pays pour encadrer le suivi de ces délinquants particuliers. D'autre part, l'hétérogénéité des agresseurs sexuels sur les plans criminologique et clinique est évidente. Elle implique une réactualisation de leur évaluation clinique à la lueur des recherches récentes. Cet ouvrage présente très concrètement les spécificités cliniques et criminologiques des agresseurs sexuels telles qu'elles apparaissent au travers des méthodes actuelles d'évaluation. Les auteurs proposent aussi un regard critique sur des méthodes potentiellement prometteuses, soit déjà validées, soit en cours de validation. L'ouvrage fait le point sur les connaissances actuelles dans plusieurs domaines interdépendants : les expériences vécues durant l'enfance ; les troubles de la personnalité ; les préférences sexuelles ; la récidive. Il revisite l'agression sexuelle à la lumière des techniques projectives et présente les instruments prometteurs pour l'évaluation et la gestion du risque de récidive ; à partir des outils standardisés, il traite de l'évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. Le livre aborde aussi le domaine encore peu connu des particularités neuropsychologiques des agresseurs sexuels. Finalement, il examine les particularités de l'évaluation clinique des agresseurs sexuels déficients mentaux.  
[résumé d'éditeur]

---

GREGOIRE, J; HALIMI, Y; NECCHI, G; PIDOLLE, A.

### **Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens**

Le Château d'Olonne : Ed. d'Orbestier, 2005. - 237

Il s'agit de la retranscription des travaux du 6 avril 2005 qui avait réuni un grand nombre de professionnels du soin, de la justice et de la sécurité intérieure, des usagers et des élus sur la spécificité de la violence en psychiatrie

---

ARCHER, E, Directeur de publication.

### **Agressions sexuelles : victimes et auteurs**

Paris : L'Harmattan, 1998. - 409 p.. - (Sexualité humaine - Mémoire du temps)

Il s'agit de réflexions, d'échanges et de propositions sur le traitement judiciaire, médico-psychologique, socio-éducatif des auteurs et des victimes d'agressions sexuelles : du passage à l'acte à la prise en charge de la victime, au suivi de l'agresseur et à la prévention de la rechute, mais aussi du dépôt de plainte à l'exécution des peines et à la prévention de la récidive.

---

- **Les articles**

DELTEIL, Pierre

### **Psychiatrie et justice à la recherche de la vérité**

in ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 170 n°2 (2012). - 69-74

Les conceptions moralisantes et essentiellement sécuritaires, basées sur le respect du maintien de la cohésion sociale et sur le principe de punir le criminel selon son degré de responsabilité, ont pour conséquence une politique pénale inefficace et parfois même nocive. Les délinquants, dont l'opposition aux normes sociales est la conséquence d'anomalies mentales, sont en effet peu sensibles à la répression

pénale qui, telle qu'elle est pratiquée, accentue leurs tendances antisociales. La politique anticriminelle proposée dans ce texte vise à resocialiser ces délinquants anormaux mentaux en les plaçant dans des centres de traitement et de réadaptation spécialisés afin de transformer leur personnalité et de neutraliser leurs tendances antisociales pour faciliter leur réinsertion. Des actions préventives concernant les prédélinquants, par un maillage social performant, sont de même nécessaires. Cette politique pénale à visée restauratrice serait extrêmement satisfaisante sur le plan humain et économique par la diminution des dépenses engendrées par les séjours en prison des récidivistes et du coût pour la société des conséquences d'une criminalité inefficacement combattue. [résumé d'auteur]

---

BERNARD REQUIN, Michèle

### **La recherche de la vérité en psychologie et psychiatrie judiciaires. La psychologie dans la décision judiciaire**

in ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 170 n°2 (2012). - 124-126

Le juge a le devoir de rendre une décision et de le faire en toute impartialité. La 'psychologie de la décision judiciaire' ici traitée concerne le comportement du juge dans l'acte de jugement. En matière criminelle et correctionnelle, les mécanismes psychologiques du magistrat ont une incidence notable sur la recherche de la vérité. Le praticien a voulu illustrer ici comment, durant toute la procédure, depuis le choix des dossiers jusqu'au prononcé du verdict, la personnalité du magistrat (le président de la cour d'assises en particulier) pèse sur la décision judiciaire et quelles sont les leçons à tirer de cet état de fait. [résumé d'auteur]

---

ALMENDROS, Cécile

### **Psychiatrie : juges et patients : rencontre délicate**

in INFIRMIERE MAGAZINE n°285 (2011). - 6-7

La réforme des soins sans consentement a bousculé les hôpitaux au cours de l'été. Les audiences avec le juge, notamment, sont complexes à organiser. Témoignages sur un mois de rodage [résumé d'auteur]

---

BALLOUARD, Christian

### **Que faire de la dangerosité ? Et quand elle est confiée au psychologue ?**

in JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°290 (2011). - 70-74

Le psychologue, spécialiste de la parole et de la mise en mots des situations, participe à l'endiguement collectif de la dangerosité. Le repérage de facteurs de risque ne peut être opérationnel qu'à partir d'analyses spécifiques et personnalisées du fonctionnement des personnes et des institutions où elles travaillent ou séjournent. L'injonction de soins et l'expertise sont des exemples d'un nouage entre psychologie et justice. [résumé d'éditeur]

---

VOYER, M; PAILLARD, C; JAAFARI, N

### **Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts**

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 85 n°8 (2009). - 719-725

Dans une société devenue de plus en plus sécuritaire, alors que les droits pénaux européens abandonnent le modèle welfare pour un modèle néolibéral, les psychiatres sont expressément sollicités pour l'évaluation de la dangerosité ou plutôt du risque de violence. Depuis la nouvelle pénologie et surtout les critiques apportées par les travaux de Monahan, l'évaluation clinique individuelle est abandonnée dans tous les pays anglo-saxons mais aussi européens. Après la loi rétention de sûreté de février 2008 et le rapport Lamanda de mai 2008, la justice exige des psychiatres experts français une évaluation actuarielle de la dangerosité. [résumé d'éditeur]

---

SALAS, D

### **Libertés ou sécurité : l'hésitation française**

in PRATIQUES EN SANTE MENTALE vol 55 n°1 (2009). - 4-9

---

ROELANDT, JL

**Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement**

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 85 n°6 (2009). - 525-535

Après un bref rappel historique sur l'évolution du statut du fou, du système asilaire et de la notion de dangerosité, cet article tente d'éclairer les confusions persistantes qui règnent dans notre pays entre justice et psychiatrie, prison et hôpital psychiatrique, délinquance et maladies mentales. Il répond ensuite par une argumentation chiffrée à quatre grandes idées reçues qui contaminent le débat sur la situation de la psychiatrie en France. Enfin, des réponses concrètes sont proposées pour sortir de l'impasse, en clarifiant les pouvoirs de la justice et de la psychiatrie en faisant évoluer les pratiques de soins vers un plus grand respect des citoyens ayant des problèmes de santé mentale. [résumé d'auteur]

---

[s.n.]

**Relations psychiatrie-justice pour les soins sans consentements**

in PERSPECTIVES PSY vol 48 n°1 (2009). - 31-37

Des relations complexes lient la société aux personnes présentant des troubles mentaux. Assistance, protection, soins, coexistent avec rejet, contraintes, ségrégation, invalidation, dans un mouvement globalement toutefois humaniste mais avec des périodes plus difficiles dans le contexte actuel. La criminalisation des malades mentaux accompagne le développement de soins sous contrainte d'origine judiciaire par les obligations et injonctions de soins, tandis que dans le champ sanitaire les hospitalisations sous contrainte régies par l'autorité administrative, croissent dans une confusion entre le soin et la défense sociale. Des modalités de garantie, de retour, des clarifications s'imposent à travers des orientations déterminées. Les garanties individuelles, les droits des libertés sont conjoncturellement questionnés, dans une spécificité hexagonale minoritaire dans l'espace européen. [résumé d'auteur]

---

LACHAUX, B; MICHAUD, L; HOUSSOU, C; GAUTIEZ, D

**Crédibilité et expertise psychiatrique**

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 84 n°9 (2008). - 853-860

La place de l'expertise psychiatrique dans les procédures judiciaires a été récemment remise en cause à la suite de la tragique « affaire d'Outreau ». Dans le cadre de l'expertise de crédibilité des victimes, l'expert reste un auxiliaire de la justice et donne un avis prudent. Il doit être compréhensible et accessible pour renseigner les juges et éventuellement les jurés sur des connaissances spécifiques médicales et psychologiques que ces derniers ne possèdent pas. Il est interrogé sur la crédibilité d'une personne et non pas sur la véracité de ses déclarations. Il doit évaluer si les pathologies éventuellement présentées sont compatibles avec les faits allégués, ou s'il peut y avoir exagération ou simulation pour l'octroi d'avantages ou par désir de nuire à quelqu'un. L'expert ne doit pas oublier que sa légitimité est basée sur ses compétences professionnelles, c'est-à-dire ici pour les médecins, sur la clinique. Il répond davantage sur la personnalité de la victime, la cohérence de son discours, sa suggestibilité, voire sa pathologie, que sur sa crédibilité. Il pourra s'aider, dans les cas les plus difficiles et afin de rédiger ses conclusions, de tests psychométriques, confrontés à la clinique. Actuellement sa désignation reste floue. Elle prend place dans un processus décisionnel, et se fait par une personne indépendante de lui. Il pourrait être intéressant de rediscuter les critères de nomination et la procédure à suivre. Ainsi il pourrait être exigé, de la part de l'expert, une formation plus solide et une expérience clinique variée, aussi bien en matière de psychiatrie, de criminologie, de victimologie, ou en réparation du dommage corporel. On pourrait imaginer un tirage au sort parmi tous ces experts compétents, ou la désignation par un collège qui répartit de façon équitable toutes les expertises. Enfin il paraîtrait normal, afin d'obtenir des expertises de qualité, de revoir la rémunération de celles-ci, actuellement peu attractives. [résumé d'éditeur]

---

RAPPARD, P

## **La fin du non-lieu judiciaire et son incidence sur le but des institutions psychiatriques médico-légales**

in ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 166 n°7 (2008). - 569-574

"Les problèmes de fond qui caractérisent les rapports de la psychiatrie et de la justice en France, ou mieux de la psychose et du droit, sont abordés avec pertinence et pragmatisme dans le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, adopté par l'Assemblée nationale le 10 janvier 2008. Le principe de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental est bien sûr maintenu (puisqu'il inscrit dans le droit le principe du libre arbitre et fonde par là même la psychiatrie légale) ; mais il n'en résulte plus le non-lieu judiciaire, qui faisait échapper le malade mental criminel ou délinquant au tribunal (ce qui pouvait être opportun), mais qui le faisait du même coup échapper à la justice (ce qui n'était pas forcément opportun). Le Code pénal reste donc ce qu'il est, mais c'est le Code de procédure pénale qui est ajusté, en vue de la mise en place des dispositions concernant les mesures de sûreté. Le psychiatre pourra dès lors traiter la tendance antisociale, sans devoir prévenir le passage à l'acte et sans avoir à maintenir dans les institutions psychiatriques les sujets internés par-delà la période de soins. Faute d'une prédiction scientifique de la récidive, l'autorité judiciaire prendrait en charge la situation des personnes pénalement irresponsables en raison d'un trouble mental. En ce qui concerne la rétention préventive et l'obligation de soins appliquées aux infracteurs dangereux responsables, la question est plus complexe. La mesure n'étant pas considérée comme une peine, elle vient la compléter, après qu'elle a été effectuée dans son intégralité, pour prévenir une récidive, et ce pour une durée relativement indéterminée. C'est là où le bât blesse, car cette mesure peut apparaître comme une sentence absolument indéterminée, qui ne précise pas la durée. Ce système n'a jamais été admis en France, bien qu'il soit admis dans certains pays anglo-américains. Nous voici confrontés en France à deux positions : celle de la défense sociale et celle de la judiciarisation du placement sous contrainte de sujets dangereux dans les établissements psychiatriques ou dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. [résumé d'auteur]"

---

JAAFARI, N

### **La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ?**

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 84 n°6 (2008). - 511-518

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté a été l'occasion de vifs débats parlementaires sur le positionnement entre psychiatrie et justice. La nature de la rétention a été très centrale : la rétention doit-elle être prononcée par une juridiction et réalisée dans une structure pénitentiaire, ou faut-il utiliser l'hospitalisation d'office dans une structure hospitalière ? Le problème de l'évaluation de la dangerosité par deux experts et une institution spécialisée a été aussi très largement débattu. Dans ce contexte, il est important de rappeler que crime et maladie mentale ne se superposent pas et que le traitement psychiatrique et psychologique de tout auteur de crime n'a pas fait la preuve de son efficacité dans nombre de pays étrangers. Ces nouvelles sollicitations de la justice vis-à-vis de la santé imposent une hiérarchisation des interventions de la psychiatrie auprès des personnes sous main de justice. [résumé d'auteur]

---

DAVID, M

### **Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangerosités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique**

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 84 n°6 (2008). - 519-526

La loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale du 25 février 2008 s'inscrit dans la succession des nombreuses lois sécuritaires promulguées depuis le début du siècle. Elle prévoit la possibilité d'une rétention perpétuelle de condamnés ayant exécuté leur peine pour éviter une probable récidive en relation avec un trouble grave de la personnalité. L'appréciation de la dangerosité et son traitement impliquent de manière importante les psychiatres. La délinquance et la maladie mentale se trouvent à nouveau réunies, avec la volonté politique d'une neutralisation maximale de tout risque à laquelle devraient contribuer les psychiatres. [résumé d'auteur]

---

PONTE, C

### **Quelle responsabilité pénale pour les personnes atteintes de troubles mentaux ?**

in SOINS PSYCHIATRIE n°254 (2008). - 5-7

---

DEVERS, G

**Responsabilité et soins en psychiatrie**

in OBJECTIF SOINS - OBJECTIF SOINS ET MANAGEMENT n°167 (2008). - 8-10

---

VACHER, F

**Rétention de sûreté, irresponsabilité pénale et éthique des soins**

in SOINS PSYCHIATRIE n°255 (2008). - 5-7

---

JONAS, C

**L'expertise psychiatrique pénale : commentaires et réflexions sur le rapport de la commission d'audition tenue les 25 et 26 janvier 2007**

in NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE vol 20 n°9 SUPPL (2007). - 31-36

---

FRANCO, H

**Punir n'est pas guérir : justice et psychiatrie à l'épreuve du sécuritaire**

in NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE vol 20 n°9 SUPPL (2007). - 8-11

---

[s.n.]

**Droit et santé mentale : un tournant ?**

in INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 81 n°7 (2005). - 657-660

---

BEAUREPAIRE C, de

**A propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire**

in PERSPECTIVES PSY vol 44 n°3 (2005). - 219-225

---

AJZENBERG, D

**Psychiatrie et justice, alliances et paradoxes**

in PSYCHIATRIES n°144 (2005). - 65-70

---

PARIENTE, G

**Dangerosité**

in JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE n°23 (2004). - 18-20

La sécurité se mesure en termes de repérage de la dangerosité, argument capital pour prolonger au maximum la durée de l'enfermement, éviter les récidives.

---

JEAN, T, Directeur de publication

**Qu'appellez-vous dangerosité ?**

in JOURNAL FRANCAIS DE PSYCHIATRIE n°23 (2004). - 1-23

---

Discussions de psychiatres, psychanalystes, avocats, autour du thème de la dangerosité, de la violence ordinaire ou pathologique, du rôle des psychiatres dans l'expertise de criminels par rapport à la justice, au risque de récurrence. Le double crime de l'hôpital de Pau étant au centre des discussions.

---

## Centre de Documentation



Bibliographie

### «Psychiatrie citoyenne»

*Juin 2013*

---

- **Les livres**

BESANCON Marie Noëlle, JOLIVET Bernard.

#### **Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne.**

Paris : Atelier ; 2009.

Quelle est la place des personnes souffrant de troubles psychiques dans notre société ? De quels soins et de quelles aides peuvent-elles bénéficier ? La psychiatrie, chargée d'y répondre, est en crise, dit-on ; et depuis plusieurs années on s'efforce par des plans et des mesures successifs d'y remédier sans grand succès. Au point que l'on pourrait penser que la société 'marche sur la tête' et refuse de voir et d'entendre. Il est urgent de changer radicalement de perspectives. Ce livre, écrit par deux praticiens ayant une longue expérience de la psychiatrie publique, privée et associative, remet en cause les systèmes anciens pour oser des constructions nouvelles. La reconnaissance de la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques est à la base de leur démarche. Il s'agit en effet de penser une organisation qui allie soins et vie sociale au cœur même de la Cité. Inspiré par l'expérience pionnière de l'association 'les Invités au Festin' à Besançon, enrichi aussi par celles - multiples - en France et en Europe, ce livre formule des propositions afin qu'il advienne une psychiatrie citoyenne. La seule qui puisse redonner du sens aux pratiques des soignants, à la vie des soignés et à celle de leur famille. [résumé d'éditeur].

---

JOLIVET Bernard, BESANCON Marie Noëlle.

#### **Les soins en psychiatrie : une affaire citoyenne.**

Paris : Les éditions de l'atelier/Les éditions ouvrières ; 2011.

Dans une société où de plus en plus d'hommes et de femmes souffrent de difficultés et parfois de troubles psychiques, Bernard Jolivet et Marie-Noëlle Besançon, deux psychiatres, proposent de changer radicalement le contenu et l'organisation des 'soins de l'âme' en associant patients (et parents), soignants, élus et citoyens à leur élaboration. Comment faire face à cette souffrance vécue par un grand nombre de nos contemporains ? Doit-on compter sur les médicaments, soigner le comportement ou avoir recours à la psychanalyse ? Faut-il passer par l'hôpital psychiatrique ou développer des soins de proximité plus insérés dans la cité ? Les auteurs osent, dans cet essai, sortir la psychiatrie d'un enfermement sur elle-même qui donne aux patients, à leurs familles et plus largement au citoyen une impression d'illisibilité et d'impuissance. Après avoir relaté la perception que les citoyens et les soignants ont de la psychiatrie, cet ouvrage décrit et analyse de façon pertinente les différents types de soins proposés en psychiatrie aujourd'hui, leur réussite, leur échec et leur devenir. Les auteurs invitent ensuite à organiser autrement ces soins dans des unités territoriales reliées à la vie de la cité avec la participation des citoyens. [Résumé d'éditeur]

---

ROELANDT Jean Luc, DESMONS Patrice, CARIA Aude Coord., KOUCHNER Bernard Préf.

**Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion.**

Paris : In Press ; 2002.

SANTE MENTALE/POLITIQUE DE SANTE/HOPITAL PSYCHIATRIQUE/20E SIECLE/HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE/EXPERIENCE/SECTORISATION PSYCHIATRIQUE/PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE/ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION/HABITAT/ART/RECHERCHE/SANS DOMICILE FIXE /REPRESENTATION/DESINSTITUTIONNALISATION

Où en est le système de psychiatrie français ? Sur quelles bases, sur quels principes fonctionne-t-il ? Cet ouvrage dresse un état des lieux de la psychiatrie française et critique un système reposant sur une pratique ségrégative, issue directement du XIXe siècle. Les auteurs militent pour une psychiatrie intégrée dans la cité, étroitement articulée au tissu local, politique, sanitaire, social et culturel. Ce livre est aussi un témoignage. Il relate une initiative menée depuis 1979 dans un service de psychiatrie publique de Lille.

---

- **Les articles**

BESANCON Marie-Noëlle.

**De la psychiatrie citoyenne en France au mouvement international Citoyenneté et Santé mentale.**

RHIZOME 2012 ; (45) : 24-9.

[http://www.orspere.fr/IMG/pdf/rhizome\\_45.pdf](http://www.orspere.fr/IMG/pdf/rhizome_45.pdf)

En France, un nouveau courant a pris naissance récemment, la 'Psychiatrie citoyenne' qui œuvre pour promouvoir la pleine citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques. L'auteur fait le bilan de ce mouvement et évoque ses perspectives d'avenir. [d'après le texte de l'auteur]

ROUSSEL Céline, GIRAUD BARO Elisabeth, PASSERIEUX Christine, DEDENON Cécile, DEFRAIN Florence, BAPTISTE René, et al.

---

**La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques.**

PLURIELS 2012 ; (96-97) : 1-16.

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-561.pdf>

Ne sont tracés ici succinctement que quelques-uns des axes qui peuvent contribuer à ces différents leviers de réhabilitation, qu'ils restent dans le domaine du soin comme les programmes spécifiques de psychoéducation, de remédiations cognitives ou d'entraînement aux habiletés sociales, ou qu'il s'agisse du rôle des services d'accompagnement de la personne, pour restaurer la capacité à habiter son logement, à retrouver le chemin d'une insertion professionnelle et à participer à la vie sociale et citoyenne. [extrait de l'éditorial]

---

NAUDET Jean-Benoît.

**Ethique professionnelle ou éthique citoyenne ? La psychiatrie face à sa conscience.**

NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE 2011 ; 24(1) : 10-1.



---

LEFEBVRE Caroline.

**Réconcilier psychiatrie et citoyenneté.**

LIEN SOCIAL 2011 ; (1010) : 10-7.

<http://www.lien-social.com/spip.php?article3431>

Un mouvement international de la psychiatrie citoyenne a été créé début décembre à Besançon, à l'issue d'un colloque participatif visant à donner une vraie place aux malades psychiques dans la société. Des propositions ont été envoyées aux pouvoirs publics. [résumé d'auteur]

---

BESANCON Marie Noëlle.

**Quel bénévolat pour un nouveau militantisme en santé mentale ?**

PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(3) : 21-9.

MILITANTISME/BENEVOLAT/SANTE MENTALE/PSYCHIATRIE  
SOCIALE/ASSOCIATION/DEMOCRATIE/CITOYENNETE/ENQUETE/TEMOIGNAGE/SOCIETE

Après la publication de son livre *On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux*, l'auteure, psychiatre, relate une expérience innovante de - psychiatrie citoyenne È, concrétisée dans l'association - Les Invités au festin È, dont elle est la co-fondatrice, et qui a pour buts de prévenir l'exclusion des malades psychiques, de favoriser la réhabilitation psychosociale de ces personnes, de recréer le lien social, de changer le regard de la société sur les personnes en souffrance et, pour reprendre les propres termes de Lucien Bonnafé, de - rendre la folie à la société et de développer le potentiel soignant du peuple È. Elle en est sûre : le militantisme en santé mentale se situe surtout du côté du bénévolat. Elle illustre sa conviction en rapportant des témoignages de bénévoles et de salariés. [résumé d'auteur]

---

RODRIGUEZ DEL BARRIO Lourdes.

**Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire : contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec.**

SANTE MENTALE AU QUEBEC 2011 ; 36(1) : 35-56.

Cet article examine l'origine et le contexte du projet d'implantation du suivi dans la communauté selon la perspective des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale au Québec. L'auteure présente les résultats d'une recherche sur les pratiques de ces organismes qui ont développé un dispositif spécifique qui intègre les composantes essentielles du modèle de suivi communautaire. L'auteure examine six paramètres qui permettent de caractériser les dispositifs, les approches et les pratiques : 1) l'approche dans l'accompagnement ; 2) le rapport volontaire à l'organisme ; 3) la place du traitement biomédical ; 4) la flexibilité dans la durée et l'intensité ; 5) la dimension individuelle et collective de l'accompagnement ; 6) et, la participation citoyenne. [résumé d'auteur]

---

GUERROUDJ Djawad.

**Handicap psychique et citoyenneté : le SAMSAH « Antonin Artaud ».**

PRATIQUES EN SANTE MENTALE 2011 ; 57(4) : 13-6.

Dans l'article, l'auteur présente le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), dont il est le médecin responsable et qui est rattaché au centre hospitalier Édouard-Toulouse de

Marseille (Bouches-du-Rhône). Il définit les objectifs de cette structure nouvelle, puisque créée en 2009, et complémentaire du dispositif sectoriel : l'accompagnement et la réhabilitation des personnes en situation de handicap psychique, et plus particulièrement de celles souffrant de troubles psychiatriques sévères (psychoses, troubles bipolaires). Il insiste sur l'indispensable relation de confiance qui doit s'établir et s'entretenir entre ces personnes et les membres de l'équipe du SAMSAH (composée, en plus d'un médecin, de trois infirmiers, de deux éducateurs, d'un psychologue, d'un assistant de service social, d'un cadre de santé et d'un secrétaire). Puis il indique que le « challenge » consiste à aider la personne à accéder à un logement et à un emploi, à se reconstruire une identité tant intime que sociale et citoyenne.

---

RHENTER Pauline, FRAPPAS Mylène, FORTIN Mathieu, WOJNAROWSKI Mireille, DEBART Anne, ARTHUR Maïté, et al.

#### **Les conseils locaux de santé mentale.**

PLURIELS 2011 ; (87-88) : 1-12.

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-495.pdf>

Dans ce numéro, nous allons vous présenter, après un panorama synthétique de ce qui est en cours de constitution au plan national, quelques exemples illustratifs, non exhaustifs. [extrait de l'introduction]

---

PERRON Amélie, HOLMES Dave.

#### **La citoyenneté des malades mentaux.**

SANTE MENTALE 2010 ; (147) : 17-22.

Le concept de citoyenneté est souvent évoqué pour illustrer la situation précaire de nombreuses personnes souffrant de trouble mental. Le présent article s'intéresse à l'articulation de ce concept avec celui de maladie mentale, et à examiner les implications de l'expérience citoyenne pour les personnes atteintes de trouble mental. [résumé d'auteur]

---

BOURGEOIS D, COHEN AS.

#### **Fragments d'une psychiatrie éco-citoyenne à l'hôpital de Montfavet. Actualité de la psychiatrie institutionnelle.**

PSY-CAUSE 2007 ; (48-49) : 71-5.

---

RHENTER P.

#### **Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale.**

RHIZOME 2009 ; (34) : 13-4.

[http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome\\_34.pdf](http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome_34.pdf)

Un certain nombre de municipalités et de secteurs psychiatriques ont développé des conseils locaux de santé mentale conçus comme des instances de concertation et de coordination.

---

GAMOT I, LEGAUT J.

#### **Engagement social et politique.**

PSYCHIATRIES 2009 ; (152) : 159-72.

Cet exposé vise à rendre compte d'un travail mené de façon concertée par le service santé de la ville de Grenoble, et un psychiatre libéral dans le cadre d'un Conseil Local de Santé Mentale, et cela afin de rendre l'accès aux soins possible pour des personnes en grande précarité qui ne sont plus à même d'initier une démarche vers les soins [résumé d'auteur]

---

ROELANDT, JL; CLERY MELIN, P; KOVESS MASFETY, V; COLLECTIF

**Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. Suivi de:/Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2004 ; (1) : 205-220

---

ROELANDT JL.

**Peut-il exister une psychiatrie citoyenne ?**

SANTE MENTALE 2003 ; (74) : 22-3.

---

LE PAPE, AF; JAEGER, M; ANTOINE, JM; COLLECTIF

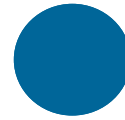
**Santé citoyenne**

VST 2002 ; (73) : pp 12-24

---



JUSTICE



PSYCHIATRIE

2<sup>ème</sup> Journée d'échanges

# Psychiatrie & Justice

## Les actes

Vendredi 5 juin 2014

Centre Hospitalier La Chartreuse  
1 boulevard Chanoine Kir - DIJON

Journée organisée par





# Sommaire

## Première table ronde : LA REFORME DES TUTELLES : ENJEUX, IMPACTS ET PERSPECTIVES

---

\* **Intervention liminaire** .....page 63

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Joël FISZKA, Directeur-adjoint - Responsable du Service de protection juridique du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,
- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon.

### I) PREMIÈRE PARTIE : LA MISE EN PLACE DE LA MESURE

• **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 69  
Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune et Emmanuelle DULAC, assistante sociale au Centre Hospitalier La Chartreuse : **La demande initiale de mesure de protection.**

• **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 72  
Marie-Noëlle LORIOT, Vice-Procurer de la République : **La saisine par les institutions.**

• **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 75  
Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Président de la Commission Médicale d'Etablissement : **Les certificats médicaux pièce maîtresse de la mesure.**

• **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 75  
Philippe BLONDEAU, Vice-Président chargé du service du Tribunal d'Instance de Dijon : **L'expertise psychiatrique.**

• **5<sup>ème</sup> intervention** : .....page 77  
Charles JEAUGEY, Juge chargé de l'administration du Tribunal d'Instance de Montbard : **La décision de mise en place d'une mesure de protection.**

### II) DEUXIÈME PARTIE : PRÉCISION SUR LE RÔLE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS, UNE ACTIVITÉ COMPLEXE...

• **6<sup>ème</sup> intervention** : .....page 79  
Maître Fabienne THOMAS, avocate au Barreau de Dijon : **L'intervention de l'avocat dans le cadre de la mesure.**

• **7<sup>ème</sup> intervention** : .....page 81  
Florence LOUDJANI, Mandataire Judiciaire au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse et Patrice BRIYS, Mandataire Libéral : **Chiffres clés – Mise en place et problématiques.**

• **8<sup>ème</sup> intervention** : .....page 83  
Bernadette GAUTHIER, Directrice de Greffe du Tribunal d'Instance de Dijon et Madame Annie DOLGOPOLOFF, Greffière en chef au Tribunal d'Instance de Dijon : **Le contrôle des finances des majeurs protégés.**

### III) TROISIÈME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

Modérateurs : - Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,  
- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon,  
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.

## Deuxième table ronde : LES SIGNALEMENTS

---

### I) PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE LÉGAL DU SIGNALEMENT ET LE SECRET PROFESSIONNEL

- **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 91  
Docteur Jean-Damien BARRA, Pédiopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président de l'Ordre des Médecins de Côte d'Or : **Les dérogations au secret professionnel : l'obligation de signaler.**
- **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 94  
Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon : **La possibilité de signaler : « l'option de conscience ».**
- **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 96  
Isabelle ROMÉY-GUILLAUMIN, Gestionnaire de Risques au Centre Hospitalier La Chartreuse : **Chiffres-clés – problématiques.**
- **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 97  
Alain MORIN, Directeur de la Santé Publique à l'Agence Régionale de Santé: **Le rôle de l'ARS.**
- **5<sup>ème</sup> intervention** : .....page 98  
Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon et Emilie BIANCALANA, Commissaire de Police de Dijon : **Les suites données au signalement.**

### II) DEUXIÈME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de DIJON,  
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,  
- Docteur Gérard MILLERET, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse.

- **Clôture** .....page 103

## BIBLIOGRAPHIE

---

- « La réforme des Tutelles » .....page 106
- « Les signalements » .....page 110

# 1<sup>ère</sup> table ronde : LA RÉFORME DES TUTELLES : ENJEUX, IMPACTS ET PERSPECTIVES

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs se voulait la réponse nécessaire à la préservation des droits et libertés des personnes, en protégeant, non seulement leur patrimoine, mais aussi en favorisant leur autonomie et leurs droits.

Il nous a semblé intéressant d'explorer la réforme afin de voir si, quelques années après son application, l'objectif de cette réforme a été pleinement atteint.

## INTERVENTIONS LIMINAIRES

**- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance, Monsieur CONSIGNY ;  
Madame la Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon, Madame TARRARE ;  
Monsieur le représentant de l'Agence Régionale de Santé, Monsieur MORIN ;  
Monsieur le représentant de Monsieur le Bâtonnier ;  
Mesdames et Messieurs les magistrats des Tribunaux de Grande Instance et d'Instance ;  
Messieurs les représentants des services de police, des services des majeurs protégés, de la protection judiciaire de la jeunesse, des différents établissements de santé du département ;  
Monsieur le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, cher Docteur CAPITAIN ;  
Monsieur le Professeur BONIN ;  
Mesdames et Messieurs les intervenants.

C'est avec grand plaisir que j'ouvre en tant que Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse cette deuxième journée d'échanges Psychiatrie-Justice, avec votre soutien, Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance, Madame la Procureure de la République, en formulant le vœu qu'elle soit aussi riche que les premières journées au cours desquelles nous avons abordé en particulier la question des soins sans consentement. Vous trouverez dans votre dossier les actes de cette première journée.

Ces journées d'échanges sont basées sur quelques principes simples ; une écoute réciproque du point de vue de chaque institution et de chaque intervenant, le respect du rôle de chacun dans nos organisations, et une meilleure compréhension du cadre d'intervention et des contraintes de chacune des institutions. Avec la conviction – et vous me pardonnerez ce raccourci - que cette instruction civique collective apporte reconnaissance à chacun et facilite le travail collaboratif au bénéfice de nos concitoyens justiciables et usagers du système de santé.

Nous allons aborder deux thèmes : ce matin, la réforme des tutelles, et cet après-midi, la question des signalements.

Si la psychiatrie et la justice se rencontrent sur ces sujets, c'est qu'ils portent en eux, de fortes interrogations éthiques sur nos rôles et comportements professionnels, et plus largement sur notre façon de vivre ensemble, en société.

Pour évoquer le sujet de ce matin, la protection juridique des majeurs, nous agissons dans le cadre du droit positif sur des principes forts, qui énoncent que la protection de la personne est assurée dans le respect des libertés individuelles. Nous n'oublions pas que le juge est le gardien de ces libertés, dans le respect des libertés individuelles mais aussi dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

Trois concepts fondamentaux partagés sont aux fondements de notre approche juridique de la personne, et ils seront sans nul doute le fil conducteur de notre échange. La dignité de la personne, bien sûr ; son autonomie, avec toutes les questions autour du consentement et les problèmes très concrets et très matériels – les mandataires à la protection des majeurs le savent – des problèmes très matériels et concrets de vie quotidienne ; et puis la question de la vulnérabilité, qui justifie la protection apportée à une personne contre ses propres actes, mais dans le respect des droits – et c'est là la difficulté : il faut donc organiser son exercice sous le contrôle du juge.

Je disais en préparant cette journée que la protection des majeurs était marquée du sceau de la proportionnalité. Je formule le vœu que nos échanges de ce matin respectent aussi ce principe de proportionnalité et d'équilibre. La qualité de la préparation de cette journée est de bon augure et votre présence est un encouragement. Quelques personnes qui auraient voulu s'inscrire ne pourront pas participer à nos travaux. Je dois tout particulièrement remercier l'équipe autour de Mademoiselle GIRAULT, notre juriste, qui n'est malheureusement pas parmi nous aujourd'hui en raison d'un problème de santé, pour le dynamisme de cette préparation.



Je cède la parole à Madame la Procureure de la République, que je remercie tout particulièrement avec Monsieur le Président CONSIGNY de soutenir l'initiative de ces rencontres. Une bonne journée de travail à toutes et à tous.

**- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Mesdames et Messieurs, bonjour. Je tiens tout d'abord à vous remercier, Monsieur le Directeur, de nous accueillir pour la deuxième fois dans ces locaux pour cette journée d'échanges, et comme vous j'espère que les discussions, que les rencontres seront aussi fructueuses que celles de l'an dernier, parce que je crois que tout le monde s'était séparé avec un grand plaisir d'avoir échangé pendant une journée sur des thèmes que nous avons en commun. Je voulais également remercier Madame GIRAULT, absente aujourd'hui, qui a élaboré le programme, qui a œuvré également avec l'ensemble des intervenants, qui ont accepté de se libérer de leurs obligations professionnelles, pour la réussite de cette journée. Et je voulais également vous présenter les excuses de Monsieur le Procureur Général, Jean-Jacques BOSC, qui est retenu à l'extérieur et qui n'a pu se joindre à nous aujourd'hui.

Le thème de la journée est dédié aux majeurs protégés, et à la manière dont ceux-ci sont pris en charge ou considérés – ou non considérés – par la société, par le monde médical, par la loi. Les quelques mots que je voulais vous dire en introduction serviront à mettre en évidence le paradoxe qui existait – et qui existe encore, quand bien même la loi a connu des évolutions – entre d'une part la reconnaissance de la fragilité d'un individu, qui va justifier la mise en œuvre de mesures de protection dans sa vie courante, et l'absence de toute spécificité du droit pénal à l'égard de ce même individu, pourtant reconnu fragile par la justice civile, lorsqu'il est mis en cause dans le cadre d'une commission d'infraction pénale ; cette reconnaissance *a priori* de fragilité n'est pas ou peu prise en compte.

C'est par un arrêt « Vaudelle » du 30 Janvier 2001 que la Cour Européenne des Droits de l'Homme a mis en lumière cette carence de notre droit, en considérant que « *si les droits procéduraux du majeur sous curatelle ont été respectés et que le mis en examen avait eu les moyens d'assurer sa défense, en revanche, la connaissance de son état de majeur protégé justifiait que lui soient accordées des garanties supplémentaires* ». La Cour considérait de plus que la présence d'un curateur et d'un avocat aurait été nécessaire compte tenu de la gravité des faits et en l'espèce de l'absence du prévenu.

Il a fallu attendre six ans après cet arrêt pour que la Loi du 5 Mars 2007 portant réforme juridique des majeurs voit l'arrivée d'aménagements de la procédure pénale au profit du majeur protégé et ainsi commence à consacrer la mise en place d'une protection légale du majeur protégé devant les juridictions répressives.

Cela étant, le principe demeure qu'un majeur, bien que protégé, est considéré *ab initio* par la justice pénale comme capable et responsable. S'agissant du majeur protégé auteur d'une infraction pénale ou suspect d'une infraction pénale, aujourd'hui, les articles 706-112 à 707-118 du Code de procédure pénale – qui sont issus de cette loi du 5 mars 2007 – détaillent les nouvelles règles procédurales applicables à toute personne majeure dont il est établi au cours de la procédure qu'elle a fait l'objet d'une mesure de protection juridique. Outre le fait que ces textes indiquent que le Procureur de la République ou le Juge d'Instruction doit aviser le curateur ou le tuteur, ainsi que le Juge des Tutelles des poursuites qui sont engagées contre un majeur protégé, ou des mesures alternatives à la poursuite qui peuvent être mises en œuvre, l'obligation d'information également, de décision de non-lieu, de relaxe, d'acquiescement, d'irresponsabilité pénale, ou de condamnation, outre également le principe en vertu duquel il est affirmé que le curateur ou le tuteur peut prendre connaissance des pièces de la procédure qui mettent en cause le majeur protégé dans les mêmes conditions que ce majeur lui-même, et également que le curateur ou le tuteur a de plein droit la possibilité d'obtenir un permis de visite si la personne protégée est incarcérée ; outre tous ces droits qui sont offerts ou prévus pour le curateur ou le tuteur, il y a deux mesures spécifiques qui sont issues de ce texte et qui viennent renforcer les droits de la défense du majeur protégé ; c'est d'une part l'expertise médicale et d'autre part le droit à l'avocat. En effet, la personne poursuivie pour des faits de nature contraventionnelle – mais pas pour l'ensemble des contraventions : seules celles de cinquième classe sont ici concernées – ou de nature correctionnelle bénéficie, avant tout jugement au fond, d'une expertise médicale obligatoire, qui a pour objet de déterminer si l'intéressé était atteint ou non au moment des faits d'un trouble psychique ou

neuropsychique ayant altéré ou aboli son discernement ou ayant aboli ou entravé le contrôle de ses actes. Et cette expertise a pour but de permettre à la juridiction saisie d'apprécier ou non si les dispositions de l'article 122-1 du code pénal trouvent à s'appliquer ou pas. Cette expertise est facultative dans certains cas, notamment lorsqu'il n'y a pas de poursuite pénale devant une juridiction engagée mais que l'on se trouve dans une alternative aux poursuites, et également – et cela peut paraître choquant – lorsque le majeur protégé va être poursuivi dans le cadre d'une procédure un peu particulière dite de « comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité », et où il n'y a pas de débat sur le fond, uniquement un échange sur la peine. C'est vrai que l'on peut s'interroger sur le fait qu'une expertise médicale ne soit pas nécessaire dans ce cadre.

Ce qui est tout de même particulier, c'est que, finalement, cette disposition qui impose avant toute décision au fond, cette obligation d'expertise, va uniquement avoir pour rôle de déterminer s'il y a une irresponsabilité pénale ou non. Elle ne va pas du tout avoir vocation à débattre ou donner des informations sur l'aptitude ou l'inaptitude du majeur à se défendre et à comprendre le procès engagé contre lui. On est donc véritablement sur une expertise de recherche de l'irresponsabilité pénale ; finalement, sa fragilité, les carences de personnalité ne sont pas prises en compte à ce niveau-là.

La seconde mesure prévue par le texte est l'assistance obligatoire par un avocat pour le majeur protégé. Si le majeur, ou son curateur ou son tuteur ne font pas le choix d'un avocat, il appartient au procureur de la république ou au juge d'instruction si celui-ci a été saisi, de faire désigner un avocat d'office pour pouvoir assister le majeur protégé. Ce qui est également paradoxal dans ce texte tel qu'il a été conçu, c'est que l'on a prévu qu'en cas d'absence de l'expertise ou de l'avocat, il est possible de pouvoir faire annuler la procédure pénale qui aurait été diligentée à l'encontre d'un majeur protégé.

En revanche, il n'y a absolument rien, aucune disposition, qui concerne la place ou le rôle du mandataire. Alors que le mandataire, dans le domaine civil, a un rôle éminemment important et doit être aux côtés de son majeur protégé pour faire en sorte que celui-ci ne soit pas victime de son entourage ou d'autres personnes et que les décisions qu'il a à prendre soient prises avec tout le discernement nécessaire, en matière pénale le mandataire est complètement oublié. Et certains juristes ont évoqué la possibilité de pouvoir soulever quand même des nullités de procédure en estimant que l'absence du mandataire était contraire aux dispositions des articles 468 et 475 du code civil, qui prévoient justement toutes les situations dans lesquelles le mandataire doit être aux côtés du majeur protégé. Effectivement, on doit souligner que ces mesures protectrices qui ont été mises en œuvre n'ont vocation finalement à s'appliquer que lorsque le Procureur de la République a pris l'initiative d'engager des poursuites contre le majeur, et donc que dans toutes les phases préalables – et notamment la phase d'enquête – il n'y a pas de disposition particulière pour un majeur protégé. L'enquête pénale qui va se dérouler va se dérouler de la même manière que pour une personne qui n'est pas un majeur protégé, c'est-à-dire que c'est une enquête de droit commun, et que le majeur protégé pourra être entendu dans le cadre d'une audition libre ou d'une audition de garde à vue, et dans cette phase d'enquête, mis à part les droits qui sont ouverts à toute personne lorsque l'on est dans ce cadre-là, il n'y a pas de droit spécifique notamment à prévenir le mandataire de ce que la personne se trouve dans un local de police ou de gendarmerie pour être entendue sur des faits qui lui sont reprochés. Alors certes, comme toute personne qui se trouve dans un rôle de suspect, cette personne peut faire prévenir une personne de son entourage, et donc son mandataire, mais il n'y a pas d'obligation de faire prévenir le mandataire, ce qui est quand même particulier puisque le mandataire est en principe là pour représenter le majeur dans tous les actes de la vie courante et dans toutes les dispositions juridiques ou judiciaires qui le mettent en cause.

Ce qu'on doit également dire, c'est que pour que ces droits soient ouverts, encore faut-il savoir que la personne qui est devant vous est un majeur protégé ; et parfois, rien ne permet de le déterminer. Donc ce que l'on fait aujourd'hui, c'est que systématiquement les enquêteurs, lorsqu'ils ont une personne suspecte à entendre, posent a priori la question avant toute audition : « faites-vous l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle ? ». Mais si la personne répond « non », il n'y a absolument aucun moyen pour vérifier si la réponse donnée est une bonne réponse ou pas, puisque l'enquêteur n'a pas accès notamment au juge des tutelles, et la personne entendue par exemple en Côte-d'Or peut parfaitement dépendre d'un juge des tutelles de Seine-Saint-Denis ; et nous n'avons pas accès à ce moment-là à l'acte de naissance, qui est le seul acte permettant de savoir s'il y a une inscription au répertoire civil. C'est vrai qu'il peut y avoir des ratés pour la personne qui va répondre « non » alors qu'elle est placée sous une mesure de protection dont on n'a pas connaissance. Il faut aussi dire qu'il y a des questions dans ce domaine pénal qui ne sont pas résolues en ce qui concerne les droits et les devoirs du mandataire dans le cadre d'une procédure pénale dirigée contre un majeur protégé qu'il assiste ou qu'il représente. Effectivement, quelle est la place du mandataire ? Comment

peut-on, au pénal, obliger un mandataire à déposer ? Le mandataire peut-il évoquer les règles du secret professionnel ? C'est une vraie question, puisque le secret du mandataire n'existe dans aucun texte. Et on se demande si le statut du mandataire ne devrait pas être rapproché, par exemple, du statut des éducateurs qui interviennent pour la prise en charge des mineurs, ou des agents des services pénitentiaires d'insertion et de probation qui sont soumis à un secret professionnel dont ils ne sont déliés que devant l'autorité judiciaire. Comme je le disais tout à l'heure, il est difficilement compréhensible que la présence du mandataire ne soit pas obligatoire dans le cadre des mesures de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, et également pour des mesures de médiation quand on sait par exemple qu'il est interdit au majeur sous protection judiciaire de divorcer par consentement mutuel, et que le majeur sous curatelle ne peut transiger qu'avec l'assistance de son curateur, et le tuteur ne peut le faire au nom de son protégé qu'avec l'autorisation du juge des tutelles.

J'attire donc votre attention sur ce fossé qu'il y a entre toutes les mesures de protection très importantes en matière civile, qui font que le majeur protégé est constamment accompagné, alors que dès qu'il se retrouve dans le domaine pénal, il n'aura finalement que les droits de toute personne mise en cause dans une enquête pénale. Donc je pense que l'on pourrait réfléchir à des évolutions législatives, et notamment s'agissant des mandataires, pour leur permettre d'avoir un vrai « cadre juridique d'intervention » dans le domaine pénal, notamment en indiquant que, puisqu'ils assistent et représentent les protégés, pour la validité de la procédure, leur présence devrait être obligatoire, et que leur absence pourrait être une cause de nullité de la procédure. Il serait également utile de pouvoir indiquer que le mandataire ne peut être un témoin à charge de son majeur protégé, que celui-ci ne pourrait en aucun cas ni confirmer ni infirmer des faits qui seraient contraires aux intérêts du majeur pour lequel il intervient, et de permettre au mandataire de pouvoir opposer le secret professionnel en toutes circonstances, sauf à l'égard de l'autorité judiciaire qui peut effectivement avoir besoin d'obtenir un certain nombre d'éléments d'information.

En ce qui concerne le majeur protégé victime, la situation est beaucoup plus favorable, puisque la victime dans la procédure a exactement les mêmes droits, qu'elle soit protégée ou non ; donc le paradoxe n'existe pas lorsque le majeur protégé est dans une position de victime. Toutefois, si elle n'existe pas légalement parlant, au quotidien, on peut quand même remarquer qu'il existe obligatoirement des difficultés pour les majeurs protégés, car ce sont des victimes encore plus vulnérables que des victimes lambda, et on peut notamment évoquer les risques d'inertie d'une victime majeure protégée, qui va peut-être refuser de s'exprimer, de révéler ce dont elle a été victime, par crainte de déclarer publiquement son état de faiblesse ; les risques de manipulation de l'auteur d'une infraction à l'égard d'un majeur protégé victime, ou de l'entourage, la pression, les conséquences qu'une plainte peut avoir pour un majeur protégé, qui peuvent complètement bouleverser son cadre de vie, l'absence de volonté des différents intervenants à reconnaître l'existence d'infractions à l'égard du majeur protégé – je pense notamment aux faits de maltraitance -, l'absence d'assistance régulière pendant la procédure judiciaire, potentiellement longue et inadaptée à des personnes instables psychologiquement ou affaiblies par la maladie ou leur âge, et, enfin, la contradiction qui peut exister entre l'obligation de signalement et le « sacrosaint » principe du secret professionnel.

En conclusion, je pense que nous pouvons mesurer ensemble le chemin qui reste à parcourir pour qu'un vrai statut de la personne protégée soit réellement pris en considération en matière pénale, et que la place et le rôle du mandataire chargé de protéger ces personnes soient reconnus à leur juste valeur juridique.

**- Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :**

Merci Madame la Procureure, Monsieur le Directeur, l'organisation de la deuxième journée d'échanges – je dis bien la deuxième et non la seconde, car nous espérons qu'il y en aura d'autres – Psychiatrie-Justice est la réalisation d'une promesse que vous avez faites et du souhait que nous avons tous exprimé le 7 Juin 2013, après la réussite de la première journée d'échanges sur la réforme des soins sans consentement et sur le thème « Justice, santé mentale et citoyenneté ».

Je vous remercie, Monsieur le Directeur, de cette heureuse initiative, et je remercie aussi Mademoiselle Charlotte GIRAULT, absente aujourd'hui, qui est Juriste-Attachée d'administration hospitalière, et qui a préparé cette journée, et dont les efforts sont aujourd'hui récompensés. Monsieur Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel, retenu par d'autres obligations, m'a prié de vous dire qu'il regrette de ne pas participer à nos échanges et m'a chargé de vous présenter ses excuses.

Quoi de plus naturel que de réunir des magistrats et des médecins pour parler du droit des incapables majeurs, puisque leur intervention conjointe est nécessaire – et même obligatoire ? Qui d'autre qu'un médecin spécialiste peut dire qu'une personne est dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts, en raison d'une altération soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté ?

Le certificat médical est exigé à peine d'irrecevabilité de la demande, comme l'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 29 Juin 2011, qui a quelque peu défrayé la chronique, puisqu'il s'agissait d'une requête du Parquet qui était accompagnée d'une simple lettre rédigée par un médecin agréé attestant du refus de la personne à protéger de se soumettre à un examen médical. Donc la demande avait été déclarée irrecevable.

La question se pose, bien sûr, de la situation du majeur à protéger qui refusera de rencontrer le médecin ; ne pourra-t-on pas le protéger, puisqu'on ne pourra présenter de requête ni par le biais du Procureur, ni par le biais d'un membre de la famille, puisque la demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par un médecin agréé ? Je pense que cette question devra être abordée dans la matinée.

Qui d'autre qu'un juge, garant de la liberté individuelle, peut choisir la mesure de protection la plus adaptée, désigner la personne chargée d'assister ou de représenter le majeur protégé, et autoriser les actes les plus graves ? La collaboration du juge et du médecin a toujours été imposée par les lois régissant le statut des majeurs protégés.

Je vais seulement évoquer les dernières lois ayant été appliquées dans le temps : celle du 3 Janvier 1968, et celle du 5 Mars 2007.

La loi du 3 Janvier 1968 est l'œuvre du doyen Jean Carbonnier, qui avait rédigé précédemment la loi du 14 Décembre 1964 sur la tutelle des mineurs. Je rappelle que cette loi avait été adoptée à l'unanimité par le Parlement. La loi du 3 Janvier 1968 a instauré un nouveau triptyque « tutelle – curatelle – sauvegarde de justice », qui est le gage de souplesse et d'individualisation des mesures. Mais en 1968, les mesures de protection étaient principalement destinées à assurer la gestion du patrimoine de la personne à protéger. Il s'agissait de traiter les conséquences et non les causes de la perte de capacité.

L'incapable est un titulaire de patrimoine ; à partir de là, les règles qui vont régir la protection des majeurs et des mineurs peuvent être les mêmes, puisqu'il s'agit simplement de s'occuper du patrimoine, et on voit dans les textes de la loi de 1968 – ainsi que dans celle de 2007 – de nombreux renvois faits, dans le régime de la protection des majeurs, aux règles qui régissent la protection des mineurs. C'est donc une loi complexe à étudier, nous sommes promenes d'un texte à l'autre, ce qui cause des difficultés de coordination entre les textes.

Donc le régime est unitaire, et c'est ce qui est remarquable dans la loi de 1968. Pourtant la situation du mineur et du majeur est totalement différente. Tandis que l'incapacité des mineurs va s'atténuer progressivement pour disparaître à l'âge de la majorité, chez le majeur incapable, c'est l'inverse qui le plus souvent se produit.

L'autre particularité de la loi de 1968 est celle qui gouverne les prodigues. Le prodigue n'est pas un malade ; c'est celui qui s'expose à tomber dans le besoin ou compromet l'exécution de ses obligations familiales. Donc la prodigalité, comme l'oisiveté ou l'intempérance, n'est pas une maladie. C'est un trait de caractère, une faiblesse non constatable dans un certificat médical. Et on va soumettre ces personnes à un régime de protection juridique, la curatelle. J'indique tout de suite que ce régime de curatelle pour les prodigues va disparaître avec la loi de 2007.

Enfin, dernière observation sur la loi de 1968 ; le vocabulaire « a changé ». A partir de 1968, on ne parle plus « d'incapable » ; c'est péjoratif, la personne incapable est faible, diminuée, réduite dans la société. On ne parlera plus que de majeur protégé. Quarante ans après 1968, on a réformé le droit des majeurs protégés, pour deux raisons principales : l'augmentation du nombre de mesures de protection qui sont prononcées. Au cours des années 2000, en 2005-2006 par exemple, on avait jusqu'à 8% d'augmentation par an. Et en 2006, il y avait 700 000 personnes majeures protégées, soit plus d'un français majeur sur cent. L'augmentation est bien sûr due au vieillissement de la population, mais aussi – même si je ne suis pas sûr que cette affirmation soit juste – à la tendance des travailleurs sociaux à solliciter un certificat médical pour provoquer l'intervention du juge des tutelles dès qu'une personne rencontre une difficulté sociale. Il y avait donc une sorte d'élargissement à des personnes n'ayant pas besoin d'une mesure de protection au sens juridique du terme. C'est peut-être la première raison de la nécessité de réformer le droit des tutelles.

La deuxième raison, c'est bien sûr l'augmentation du coût des mesures, avec la modification des structures familiales (on a de moins en moins de tutelles familiales, et de plus en plus de tutelles de l'Etat) ; cela implique une augmentation du coût pour la collectivité, le mandataire étant payé par l'Etat. En 2005, il avait

60% des mesures de tutelle et de curatelle qui étaient confiées à des tiers qui n'étaient pas des personnes « proches » de la famille. Cela représentait 209 000 mesures en 2006.

Donc on a réformé la loi de 1968 ; on y a réfléchi pendant très longtemps, puisque la préparation de cette loi a nécessité environ 10 ans. 10 ans de travaux, avant que la loi de 2007 ne soit votée, et qu'elle n'entre en vigueur le 1<sup>er</sup> Janvier 2009. Cette loi distingue un aspect social et un aspect juridique.

L'aspect social porte sur l'accompagnement des exclus sociaux, et relève des conseils généraux. On a inventé la M.A.S.P (Mesures d'Accompagnement Social Personnalisées), qui peut durer quatre ans, être ou non « imposée », etc. Les prodigues dont on parlait tout à l'heure vont entrer dans cette catégorie. Mais ces MASP vont viser des gens touchant des prestations sociales, et si un prodigue ne touche pas de prestations sociales, il échappe à la mesure, ce qui est un vrai problème.

La loi nouvelle a également un volet juridique. Elle maintient le triptyque dont j'ai parlé tout à l'heure, mais elle « prétend » que la curatelle devient la mesure-phare – alors que je ne suis pas sûr que dans nos esprits, on ait bien intégré le fait que la curatelle est le principe, et la tutelle l'exception. On parle d'ailleurs toujours du juge des tutelles ; si on voulait vraiment faire de la curatelle le principe, on devrait l'appeler le juge des curatelles.

Une grande nouveauté qui a été introduite par la loi de 2007, c'est la limitation de la durée des mesures de protection. Depuis 2007, les juges qui ordonnent une mesure de protection doivent les limiter à un maximum de cinq ans. Ils ne peuvent la porter au-delà que lorsqu'un certificat circonstancié permet de penser que la personne souffre d'une maladie incurable, ne présentant pas de chances d'amélioration. Surtout, ce que la loi prévoit, c'est que toutes les mesures en cours au 1<sup>er</sup> Janvier 2009 vont devoir faire l'objet d'un renouvellement par le juge, qui va à ce moment-là devoir fixer une durée limite de cinq ans. A ce moment-là, au Tribunal d'Instance de Dijon, il y avait 4726 mesures à renouveler, 4726 certificats médicaux à obtenir de médecins agréés, 4726 entretiens à avoir avec les majeurs protégés. Au Tribunal d'Instance de Beaune, 999 mesures. Au Tribunal d'Instance de Montbard, 839 mesures. Imaginez la situation de mes collègues juges des tutelles lorsqu'ils ont dû entreprendre le renouvellement des mesures. Ils ont mis leur tribunal « à l'arrêt », et se sont consacrés au quotidien à de telles auditions.

Bien sûr, la loi n'a pas pu s'appliquer au 1<sup>er</sup> Janvier 2009. Donc des lois successives ont, depuis 2009, prorogé l'obligation pour le juge de mettre en œuvre ces dispositions. On y est finalement arrivé le 1<sup>er</sup> Janvier 2014. Grâce à des efforts surhumains, on a finalement réussi – également grâce au travail du greffe – à mettre en œuvre cette loi. Et si au 1<sup>er</sup> Janvier 2014 la mesure n'était pas renouvelée, elle tombait, laissant la personne initialement protégée sans protection. Pour autant, sachez que le nombre de dossiers « tutelle » reste important. Au Tribunal d'Instance de Dijon, 4007 dossiers sont en cours. Au Tribunal d'Instance de Beaune, 1186 dossiers ; au Tribunal de Montbard, 1236 dossiers. Et la situation ne s'améliore pas, puisque d'après les chiffres du 1<sup>er</sup> trimestre 2014, les demandes nouvelles devant le Tribunal d'Instance de Dijon ont augmenté de 50% par rapport au 1<sup>er</sup> trimestre 2013. C'est énorme. Je pense que dans très peu de temps, on va se retrouver dans une situation très difficile, il faudra nécessairement imaginer des solutions pour surmonter cette inflation de dossiers.

La loi a prévu la limitation de la durée, et a également prévu une mesure très particulière, le mandat de protection future, inspiré par la contractualisation – que l'on constate dans tous les domaines du droit, car cela évite le recours au juge. Mais notre système français constitue en fait une « mi-protection », au final peu satisfaisante. En effet, il suffit à la personne qui est encore capable et imaginant que son état pourrait se dégrader de prévoir par une convention – qu'elle va faire sous seing privé ou devant un notaire – la possibilité d'organiser sa protection si par hasard ses facultés venaient à diminuer. Elle va désigner son représentant, etc. Donc pourquoi une « mi-protection » ? Parce-que cette personne sera protégée (après qu'un certificat médical ait constaté la détérioration de son état, la personne désignée entrera en fonction), mais elle va conserver sa capacité à agir. Et si elle vient à faire des actes contraires à ses intérêts, on ne pourra pas les annuler. On pourra seulement les rescinder pour cause de lésion, ou les réduire pour cause d'excès. Ce sont deux procédures civiles, mais moins fortes que la nullité évidemment. On pense donc que le mandat de protection future n'a pas beaucoup d'avenir tel quel, il faudra le repenser.

Une autre nouveauté de la loi de 2007 est le passage à la protection de la personne. La loi de 1968 traitait de la protection des biens. J'exagère quelque peu, puisque la Cour de cassation était intervenue pour reconnaître au juge la possibilité de protéger la personne ; donc la critique de la loi de 1968 peut être

atténuée. Mais la loi en elle-même ne disait presque rien là-dessus (exception faite d'une mention succincte de la « tutelle d'Etat »). Donc la loi de 2007 était, pour cela, beaucoup plus protectrice de la personne. On parle beaucoup de la « dignité », c'est « à la mode ». Mais on joue un peu avec les mots, comme je l'ai dit tout à l'heure. Une personne protégée perd sa capacité, il faut arrêter de penser que c'est une personne comme une autre et qu'elle va pouvoir tout faire. Il faut certainement lui accorder des droits, l'entendre – c'est d'ailleurs ce que doit faire maintenant le juge d'instance, qui doit désormais systématiquement entendre la personne lorsque son état le permet, avant de prendre une décision. C'est une mesure remarquable, bien sûr, même si elle alourdit le travail du juge. On ne peut que s'en féliciter, mais la personne sera toujours réduite, quoi qu'on dise.

Une autre nouveauté de la loi de 2007, c'est la professionnalisation de la personne chargée de la protection de la personne protégée. Je parle des mandataires judiciaires à la protection des majeurs. Je vous ai dit que le tuteur peut être choisi parmi les membres de la famille et les proches ; quand cela n'est pas possible, on va choisir un professionnel, le « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » - appellation un peu longue, d'ailleurs. Ce mandataire doit suivre une formation, doit être agréé (il est inscrit sur une liste établie par le préfet), ... Il y a des règles précises, des conditions très strictes, ce qui fait que l'on a davantage de garanties sur la qualité des personnes qui interviennent pour accompagner les personnes protégées et pour assurer la gestion de leurs biens et de leur personne. La loi de 2007 est, comme je vous l'ai dit, « inachevée » : elle présente des imperfections. On a rapidement pensé à la réformer ; il y a d'ailleurs un projet de Loi, du 27 novembre 2013, qui est en cours de discussion, et qui va sans doute aboutir à une loi. Il faudrait modifier ce délai de cinq ans, déjà évoqué : il nous pose de vrais problèmes. En outre, la loi est entrée en vigueur en 2009, donc ce délai de cinq ans revient à nouveau à terme, en cette année 2014 ; imaginez le travail des juges... C'est le « tonneau des Danaïdes » ! Il va falloir allonger ce délai – le projet de Loi parle de dix ans. Et, par exception – lorsque l'on est sûr que l'état de santé ne s'améliorera pas –, il est possible de prendre une mesure beaucoup plus longue.

Une deuxième mesure vise également à désengorger les tribunaux : la possibilité de créer un « régime d'habilitation par justice au bénéfice des membres proches de la famille d'un majeur hors d'état de manifester sa volonté », qui permettra de le représenter ou de passer certains actes en son nom, sans qu'il soit besoin de prononcer une mesure de protection judiciaire. On veut éviter « l'artillerie lourde », c'est-à-dire une mesure complète de tutelle. Cela va concerner les personnes amoindries, mais qui n'ont qu'un acte à passer de façon ponctuelle (ce sont celles qui « ne risquent rien », car elles sont encadrées par la famille par exemple). L'habilitation judiciaire sera utile dans ce genre de situations, la tutelle étant une mesure lourde.

A partir de cette réforme, on constatera donc qu'il y aura trois régimes. Le régime de protection future – qu'il faudrait également réviser –, l'habilitation judiciaire dont je viens de parler et qui facilitera le travail du juge (puisqu'il n'y aura pas de dossier de tutelle à suivre dans le temps), et les régimes de protection *stricto sensu*, à savoir la sauvegarde de justice, la curatelle, et la tutelle. Ainsi, peut-être les choses s'amélioreront-elles. Nous allons pouvoir développer cela au cours de la matinée ; beaucoup d'intervenants vont avoir l'occasion de s'exprimer en détail sur ces sujets.

En tout cas, je vous remercie de votre attention.

## I. LA MISE EN PLACE DE LA MESURE

### ➤ **La demande initiale de mesure de protection :**

**- Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune :**

Après la présentation générale qui vous a été faite de la loi de 2007, je vais vous expliquer les modalités de la demande initiale de protection. Je vais organiser mon intervention très rapidement, de façon à tenir dix minutes. Je vais rappeler quelles sont les personnes pouvant être concernées par la mesure, et celles qui en sont exclues ; les personnes qui peuvent présenter la demande ; les personnes auxquelles adresser la demande ; et les pièces à fournir sous peine d'irrecevabilité. Je préciserai rapidement le déroulement de l'instruction du dossier, et je donnerai également quelques chiffres.

Les personnes qui peuvent être concernées par la demande de protection sont spécifiquement identifiées par l'article 425 du code civil ; cet article pose un préalable important, et qui ne saurait être éludé : il s'agit de la présence d'une altération médicalement constatée, soit des facultés mentales, soit des facultés corporelles. Cette altération doit être de nature à empêcher l'expression de la volonté de la personne ; c'est

le préalable impératif qui doit exister. Pour autant, le texte dit bien « peut (bénéficier d'une mesure de protection) », et pas « doit » ; ainsi, toutes les personnes qui présentent une telle altération ne vont pas obligatoirement être concernées par la mise en place d'une mesure de protection.

Pour parler plus concrètement, il s'agira donc de tous les cas de démence liée à l'âge et à l'affaiblissement des facultés cognitives, mais également des cas de trisomie, de malformation génétique, d'autisme, d'AVC, de paraplégie, de tétraplégie, de troubles bipolaires, de maladies mentales diverses, ... Toutes ces personnes vont, de prime abord rentrer dans ce cadre légal d'altération des facultés mentales – s'agissant des facultés corporelles, il pourrait par exemple s'agir de sourds-muets.

Il y a également un principe de nécessité de la mesure – ce qui est une nouveauté de la Loi de 2007 par rapport à 1968. Il faut qu'outre l'altération évoquée, il y ait des actes qui nécessitent que l'on représente ou qu'on intervienne aux côtés de la personne présentant cette altération. Ça peut être simple : une succession justifierait par exemple que l'on se pose la question d'une assistance.

Outre cette nécessité, il faut qu'il n'y ait aucun autre mode civil qui existe pour assister la personne – on pense notamment à la procuration, qui selon les cas peut être suffisante. Il s'agit du principe de subsidiarité. Le législateur pose donc l'obligation de réfléchir à ces alternatives prévues par le code civil (l'exemple des devoirs existants entre époux peut également être mentionné ici).

Certaines personnes sont désormais exclues de la procédure de mise sous protection ; Monsieur le Président les a évoquées tout à l'heure, il s'agit des personnes qui par leur prodigalité, leur intempérance, leur oisiveté, peuvent s'exposer à rencontrer une situation précaire. Ces personnes, dans la loi de 1968, pouvaient être concernées par une mesure de protection ; la loi de 2007 ne les réintègre pas à ce cadre. Ne sont ainsi plus concernés par les régimes de protection les marginaux, les alcooliques, les personnes dépensières, ... Nous nous heurtons donc à une petite difficulté, puisque la loi nouvelle n'a pas prévu de régime de substitution pour ces cas : la MASP, confiée aux conseils généraux, et son « pendant », la MAJ, qui peuvent être mises en place par le juge des tutelles pour une durée maximale de quatre ans, ne vont pas concerner certains cas de figure – et je pense notamment aux cas d'analphabétisme, où la personne ne présente pas d'altération mentale et ne perçoit pas de prestations familiales.

L'objet de la loi de 2007 était donc de se recentrer sur les « réelles altérations » qui pouvaient porter atteinte à l'expression de la volonté, dans un but financier – il fallait limiter le nombre de mesures.

La personne à qui adresser la demande est généralement le juge des tutelles, qui demeure le « référent naturel » de la demande de protection d'une personne majeure ou d'un mineur émancipé. Il est également compétent pour recevoir des demandes concernant des mineurs non émancipés âgés de plus de dix-sept ans : on intervient donc même sur des mineurs, en sachant qu'en pareille situation la mesure de protection ne se mettra en place qu'à partir de la majorité. Le juge des tutelles est saisi par simple requête, et depuis la Loi du 5 mars 2007, il ne peut plus se saisir d'office comme c'était le cas avec la Loi de 1968. Le juge des tutelles compétent, concernant l'instruction de la demande initiale, est celui du lieu de résidence habituel de la personne à protéger.

La personne pouvant présenter la demande ; Le juge, donc, ne peut plus se saisir d'office ; en contrepartie, le législateur a en 2007 étendu le nombre de personnes qui peuvent saisir le juge des tutelles : la personne elle-même, la famille (le conjoint, le partenaire Pacs, ascendant, descendant, allié...), la personne « entretenant avec le majeur des liens étroits et stables » – une grande nouveauté, puisque l'on dépasse le cadre familial. Et enfin, la saisine « la plus importante », à savoir celle exercée par le Procureur de la République, qui intervient d'office ou à la demande d'un tiers. L'ancienne saisine d'office du juge des tutelles nous conduisait à recevoir énormément de rapports des assistantes sociales, des services d'enquêteurs, des services sociaux, des maires, des directeurs de maisons de retraite, des voisins, des héritiers... Un certain nombre de « papiers » sur lesquels il fallait mener des investigations. N'ayant pas beaucoup de « pouvoir », on retournait ces papiers au Procureur de la République, en ne sachant pas vraiment comment les gérer. La loi de 2007 a donc estimé qu'il fallait replacer le juge des tutelles dans une situation de juge. La famille a également été remise au centre de ses responsabilités.

Pour exemple, en 1996, la saisine d'office représentait, selon le site de la chancellerie, 56% des dossiers. A l'heure actuelle, il y a une absence « d'information nationale », mais une appréciation effectuée rapidement – et donc à accueillir avec les réserves nécessaires – permettrait d'évaluer les « saisines Parquet » à 40% du total des saisines ; et 60% du total des saisines seraient donc des « saisines Famille ».

Les pièces devant impérativement accompagner la demande sont précisément visées par le code civil. Il faut l'identité de la personne à protéger, l'énoncé des faits, et la présence d'un certificat médical d'un médecin inscrit sur la liste dressée par le Procureur de la République. En l'absence de ces pièces, la demande sera irrecevable. L'avis du médecin traitant n'est, lui, plus obligatoire – j'estime, à titre personnel, que c'est une bonne chose.

Des mesures peuvent éventuellement accompagner la demande ; par exemple, elle peut être précédée d'une mesure de sauvegarde de justice, faite par le Procureur de la République sur initiative d'un médecin, selon les conditions posées à l'article L.3211-6 du code de la santé publique. Par ailleurs, le juge des tutelles peut décider de placer la personne dès qu'il est saisi, ou au cours de l'instruction du dossier, dans l'attente

de la mise sous protection. Ça n'est pas fait systématiquement à l'ouverture du dossier, mais plutôt lorsqu'il y a urgence à intervenir – par exemple, si la personne concernée est en maison de retraite et n'a pas payé sa pension depuis plusieurs mois. La sauvegarde de justice maintient l'ensemble des droits à la personne durant l'instruction. Néanmoins, on peut demander à un mandataire spécial de gérer ou remplir des actes spécifiques (par exemple, l'annulation d'un contrat).

Cela permet d'intervenir dans un premier temps, puisque le traitement d'une demande de protection peut aller de deux mois, jusqu'à un an, selon la complexité de l'affaire (par exemple, si la famille est « éparpillée sur le territoire »).

L'instruction du dossier se fait soit sur la base des éléments apportés par l'auteur de la demande, soit davantage sur la base du travail fourni par le Procureur de la République ou des services sociaux. On va procéder à l'audition de la personne à protéger, sauf si un médecin inscrit nous dit que cette audition est de nature à porter atteinte à la santé de la personne ou que la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. Autrement, cette audition reste « impérative » : toute personne concernée par une procédure doit avoir le droit de s'exprimer pour la défense de ses intérêts. On entendra également le requérant, s'il s'agit de la famille ou de l'entourage. On entend également la totalité des « personnes qui se proposent pour exercer la mesure », on ne peut passer outre. Il est, enfin, possible d'entendre d'autres personnes si l'on souhaite compléter le dossier.

Une fois le dossier complet, il est envoyé au Procureur de la République, lequel nous donne son avis ; on fixe une audience, à l'issue de laquelle une décision (de protection) sera prise.

Concrètement, voici quelques chiffres ; en 2009, il y a eu 66 017 nouvelles saisines. Il y a eu un léger infléchissement à 60 888 en 2010, d'après les chiffres récupérés. A titre de comparaison, il y avait 51 000 saisines en 1990, 68 000 en 2006. En 2009, au niveau national, il y a eu 698 347 mesures, et on approche aujourd'hui des 750 000 mesures.

Selon les chiffres officiels de la chancellerie, on aurait 80 équivalents temps plein du juge des tutelles en France. Pour 307 tribunaux, cela fait 0,26 équivalent temps plein par tribunal ; c'est peu. S'agissant de mon tribunal d'instance, cela correspond effectivement au temps que je peux consacrer chaque semaine à cette activité.

Si l'on doit en tirer des conclusions, par rapport à la demande, c'est que la Loi de 2007 n'a pas vraiment eu les effets escomptés ; on a connu un léger infléchissement au début de son entrée en vigueur, mais il y a actuellement une explosion des demandes – et plus particulièrement encore sur Dijon. Personnellement, je pense qu'il faudrait peut-être trouver une nouvelle façon d'intervenir, au moins par des mesures temporaires, pour les catégories non reprises par la Loi de 2007 (la prodigalité, l'intempérance et l'oisiveté). Je pense qu'il y a eu quelques bonnes évolutions avec cette réforme ; mais malheureusement, on est vite rattrapé par la sociologie de notre pays : la nécessité, comme c'est un devoir public, d'intervenir pour assurer la protection des plus anciens et également des plus jeunes.

#### **- Emmanuelle DULAC, assistante sociale au Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Je vais tenter d'être plus concrète, par rapport à notre pratique professionnelle, et d'être la « porte-parole » de mes collègues du CHS. Notre état des lieux, en sachant que la plupart du temps, la première demande est faite pendant l'hospitalisation – ce qui n'est pas sans faciliter les choses –, c'est qu'il semblerait que la réforme ait permis de vérifier (et donc d'être plus vigilant) quant à la légitimité des demandes de mesure de protection. En effet, une part non négligeable de personnes s'est trouvée sous une mesure de protection alors qu'elle avait surtout besoin d'un accompagnement social. C'est une des dérives majeures du système, et une réponse inappropriée à des situations d'exclusion sociale, de surendettement, de défaut de budget, et la protection juridique s'était un peu écartée de sa finalité.

On a, au niveau de notre pratique professionnelle, retenu deux modifications majeures qui ont eu un impact sur notre quotidien. Tout d'abord, la suppression de la saisine d'office du juge des tutelles. On ne le saisit plus directement, en tant que travailleurs sociaux. C'est, je pense, un filtre non négligeable. Notre rapport social n'est transmis que par l'intermédiaire de Madame LORIOT, Vice-Procureure, quand on n'a pas l'adhésion de la famille ou du patient. Donc il y a une nécessité de saisine soit par les familles, soit par les proches, soit par le Parquet. Donc les travailleurs sociaux, en l'absence d'une requête de la famille, transmettrons leur signalement au Procureur, ce qui, effectivement, permet de faire un premier tri des demandes.

La deuxième modification qui nous a rendu service est la suppression des critères de prodigalité, d'intempérance et d'oisiveté. On était submergé par les demandes de surendettement, de défaut de gestion budgétaire, etc, qui n'avaient qu'une cause sociale. On a pu réfléchir différemment à la mise en place des mesures de protection.

Tout ce cheminement nous a amenés, en tant que travailleurs sociaux, à envisager une mesure de protection « différente », et de réfléchir différemment, suivant certaines étapes.



La première étape, avant de décider d'une mesure de protection, consiste à savoir quelles alternatives sont possibles (MASP, MAJ, etc). On s'est vite rendu compte que l'on n'arrivait pas, en tant que travailleurs sociaux, à s'appropriier ces mesures, qui ne sont pas « concrètement » adaptées aux patients que l'on a en hospitalisation – qui sont davantage sujets aux altérations des facultés mentales. On a été un peu réfractaires à tout cela dans notre quotidien. Il s'avère qu'en psychiatrie, ces mesures ne sont pas adaptables.

La deuxième étape a été la mise en place d'un accompagnement budgétaire, dans un souci de maintien des droits du patient, qui sont là aussi souvent mis en échec par l'état de santé du patient. Nous sommes, en outre, de plus en plus confrontés à des difficultés avec les administrations qui ont un accès direct aux informations très limité. On ne peut désormais plus effectuer de démarche administrative sous le sceau du secret professionnel ; le fonctionnement s'est durci, ce qui freine nos démarches.

On va donc s'acheminer vers la troisième étape, qui est la mise en place inévitable de la mesure de protection. Cette mesure va être mise en place après un travail en équipe. Les équipes infirmière et médicale sont à l'initiative, au quotidien, de ces signalements, puisqu'ils évaluent les capacités des patients. Donc, on réfléchit en équipe à la légitimité de la mesure, et notre travail va davantage consister en un accompagnement de la famille vers la décision, ou l'acceptation de la mesure de protection. On reçoit la famille, on l'accompagne vers la requête administrative ; et elle va remplir elle-même la requête et joindre les pièces nécessaires.

Le premier entretien va permettre d'informer la famille sur les différentes mesures existantes, les modalités d'exercice de la mesure, et le suivi par le juge des tutelles. Cette mise en place est facilitée si la famille est rassurée. Nous sommes, en tant que travailleurs sociaux, les garants pour la famille et les équipes, de la constitution du dossier complet et de sa transmission au tribunal, plus que des « décisionnaires ».

Dans la mesure où il y a absence de famille, de proche, ou absence d'adhésion, on constitue le dossier et on effectue le signalement au Procureur directement.

Je tenais à signaler que le schéma que je viens de décrire s'est effectivement facilité par la demande pendant l'hospitalisation, mais cela reste encore « le parcours du combattant » pour certaines familles qui sont extérieures dans les CMP, pour accéder à des rendez-vous et à des certificats médicaux, ce qui n'est pas sans poser problème au niveau social. Et en tant que travailleurs sociaux, nous avons nos limites.

Il subsiste également des difficultés entre la première demande et la mise en place de la mesure de protection, même si on fait des demandes de mandat spécial ; on s'aperçoit souvent qu'on a de grosses difficultés. Je parle par exemple des placements en maison de retraite, et des démarches administratives courantes.

Le système fonctionne tout de même mieux ; il semblerait que les délais de traitement soient plus courts. On a une bonne collaboration avec les différents tribunaux, avec qui on a des contacts réguliers ; on est régulièrement reçus, et entendus, même si la demande initiale provient des familles. Notre charge de travail est toujours aussi importante dans l'accompagnement des familles, mais on s'aperçoit qu'on est quelque peu « délesté » des écrits, puisqu'on ne saisit plus le juge des tutelles directement et que les familles « font ce travail à notre place », ce qui est satisfaisant.

Voilà ce que je souhaitais retracer devant vous, en me faisant porte-parole de mes collègues.

### ➤ **La saisine par les institutions :**

#### **- Marie-Noëlle LORIOT, Vice-Procureure de la République :**

Je suis en charge du service civil du parquet de Dijon, et plus particulièrement de ce domaine, qui concerne les mesures judiciaires de protection.

Un des principaux changements apportés par la Loi du 5 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs, ça a été l'accroissement du rôle du Parquet, qui est devenu un pivot essentiel dans la mise en place des mesures de protection judiciaire.

Je vais vous rappeler les trois missions essentielles du Procureur de la République dans ce domaine.

Tout d'abord, dans le cadre de sa mission de surveillance générale des mesures de protection, il a la charge et le pouvoir exclusif d'établir la liste des médecins qui vont être sollicités pour rédiger des certificats médicaux (la pièce essentielle dans la procédure de mise sous protection d'un majeur). Cette liste est donc établie par le Procureur, et la nouveauté de la Loi de 2007 est que l'on peut faire appel à tout médecin, et plus « seulement » les médecins « spécialistes ». Tout médecin présentant une qualification et une expérience professionnelles peut figurer sur cette liste. Le Procureur de la République met à jour cette liste.

Le deuxième rôle du Procureur de la République consiste à donner son avis dans l'établissement de la liste des mandataires judiciaires à la protection judiciaire des majeurs. Cette liste est établie par le représentant de l'Etat, le préfet, mais le Procureur de la République donne un avis sur les candidatures qui lui sont présentées par le préfet. Pour cela, il est nécessaire de connaître la situation et le cursus du mandataire

judiciaire à la protection des majeurs ; donc, généralement, nous faisons une sorte d'instruction du dossier, nous demandons la communication du casier judiciaire, nous consultons nos fichiers pour savoir s'il y a des antécédents pénaux... ; et j'avais pris l'habitude de demander aux services de police « de faire une petite enquête de personnalité » – je me suis aperçue que ça n'était pas très pertinent, les services de police ayant d'autres préoccupations plus importantes. Nous avons également un pouvoir de radiation concernant les mandataires judiciaires à la protection des majeurs si on constate (ou s'il est porté à notre connaissance) un comportement inadapté à la déontologie de cette profession, mais cela ne m'est encore jamais arrivé de traiter une demande de radiation. Ce sont donc deux aspects administratifs du rôle du Procureur de la République.

Ce qui nous importe aujourd'hui, c'est le rôle accru du Procureur de la République dans le traitement de tous les signalements qui nous arrivent, avec la suppression de la saisine d'office du juge des tutelles, puisque la Loi de 2007 a modifié largement cette saisine ; le juge des tutelles ne peut plus se saisir d'office, il faut qu'il soit saisi par toute une liste de personnes (qui est prévue à l'article 430 du code civil) : la personne à protéger elle-même, la famille, le voisinage, le conjoint, le concubin, le partenaire de Pacs, le Procureur de la République. Mais pour ce qui concerne les « institutionnels », il n'y aura plus de saisine du juge des tutelles ; tout arrive au Parquet. C'est ici que l'on a un rôle primordial, au Parquet : il s'agit de trier, de faire la part des choses dans tous les courriers qui nous arrivent.

Concrètement, pour traiter les dossiers, nous avons un pouvoir d'opportunité ; c'est-à-dire que l'on va apprécier, et donner des options aux auteurs de la saisine. Soit il s'agit – et c'est le cas le plus facile – de l'environnement familial de la personne à protéger ; dans ce cas, on fait un courrier explicatif et on leur explique que dans la mesure où ils font partie de la famille, ils ont la possibilité de saisir eux-mêmes le juge des tutelles (on leur joint alors une requête, la liste des médecins agréés, et on leur explique la marche à suivre). On a donc ici un rôle d'information, pour les orienter vers le juge des tutelles. On peut aussi avoir des familles qui nous saisissent et qui sont en désaccord ; auquel cas, je ne les oriente pas vers le juge des tutelles, ce serait inutile. On apprécie le contenu de la demande : soit il y a un désaccord entre fratries (dans ce cas, on joue un rôle de médiateur), soit il s'agit de familles ne voulant pas prendre la responsabilité de décider de demander une mesure de protection pour un de leurs proches. Elles reportent la responsabilité sur le Parquet, et je dois apprécier le contenu de la demande.

Il y a également des familles qui ne veulent pas payer le certificat médical (environ 160 euros), et là aussi le Parquet a la possibilité de prendre à sa charge le coût du certificat en le faisant passer en frais de justice. Ici, il faut être vigilant, on ne peut pas faire ça si la personne ou la famille ont les moyens de payer ce certificat.

Nous avons aussi des demandes faites par les institutionnels : les établissements hospitaliers, les maisons de retraite... Mais aussi des demandes faites par des voisins, des amis, qui apportent des informations alarmantes sur l'état d'une personne. Ici, j'ai plusieurs possibilités ; je peux, au vu des explications données, réorienter la personne vers les services sociaux ou le Conseil général (si je m'aperçois que le cas rentre dans les conditions prévues par la loi), quand il s'agit de personnes qui n'ont pas une altération de leurs facultés physiques ou mentales, mais qui sont dans une situation de grande précarité, ou présentant des addictions, ou vivant dans un logement insalubre. A l'autre extrême, je peux classer la demande si j'estime qu'il n'y a pas d'éléments (pertinents). Souvent, j'ai à me poser la question de la personne qui est « opposante à la mesure ». L'assistante sociale fait savoir dans son rapport que la personne refuse toute aide. Est-ce que ça vaut la peine d'engager une procédure ? Mes collègues juges des tutelles me confirment que ça n'est pas utile si la personne ne se présente pas au(x) rendez-vous.

Si au vu du recueil d'informations que j'ai demandé aux services qui m'ont saisie, j'estime que la mesure de protection est nécessaire, je fais une requête au juge des tutelles pour lui demander l'organisation d'une mesure de protection.

Vous voyez donc qu'il y a toute une série de publics qui s'adresse au Parquet, qui doit donc effectuer un travail de tri et de sélection.

Au niveau du travail du greffe, ces courriers doivent être traités ; on redemande des explications et renseignements aux services sociaux, on saisit le médecin si on n'a pas de certificat médical... On essaie de faciliter le travail des juges des tutelles, en leur communiquant tous les éléments pertinents lui permettant de choisir la mesure adaptée à la personne à protéger.

Le délai d'instruction est d'environ un ou deux mois si les personnes sont diligentes dans les réponses, avant la saisine du juge des tutelles. En cas d'urgence, il nous faut donc malgré tout un minimum de temps pour recueillir suffisamment d'éléments. Je voudrai également vous signaler que la situation de la personne peut changer ; souvent, nous sommes saisis par des personnes hospitalisées. Le médecin ou l'assistante sociale nous fait un rapport assez alarmant sur la situation de la personne, donc on enclenche la procédure. Et quand on arrive devant le juge des tutelles, la personne va mieux (elle a été soignée, réorientée...) ; elle n'a plus besoin de la mesure de protection. Je vois donc revenir des dossiers où j'ai saisi le juge des tutelles, et où cela se termine par un non-lieu. C'est assez normal, lorsque l'on est dans ce domaine, mais il faut savoir que cela arrive relativement souvent.

➤ **Les certificats médicaux, pièce maîtresse de la mesure:**

**- Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Président de la Commission Médicale d'Établissement :**

Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance, Madame la Procureure, Monsieur MADELPUÉCH ;  
Bonjour à tous.

Je vais vous présenter la question des certificats médicaux dans la loi du 5 Mars 2007. Il s'agit de préciser le rôle du médecin, ainsi que le contenu et la forme des certificats médicaux. On s'aperçoit qu'on butte sur les mêmes choses que les autres intervenants.

Cette loi a été mise en œuvre en 2009 ; en 2007, le Président du Tribunal de Grande Instance, Monsieur CONSIGNY nous a dit que cela était l'aboutissement de dix ans de travaux. Effectivement, j'avais assisté à plusieurs réunions, et j'étais intervenu notamment sur la question des libertés en 2000 à Lille, parce-que je considérais que mettre quelqu'un sous protection légale est quelque chose qui a trait à sa liberté, ce qui en fait un acte important.

Cette loi est dans un contexte particulier, puisqu'elle arrive après la Loi du 4 Mars 2002 « sur le droit des patients », et après la Loi du 11 Février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Il faut la situer, Mme DULAC l'a abordé, avec l'évolution du handicap et du handicap psychique. L'utilisateur est au cœur du dispositif, et il s'agit de promouvoir son autonomie et sa participation, son droit à l'expression – on verra que pour le droit de vote ou donner son avis, il doit être écouté, même si la personne est sous tutelle. La technique n'est pas seulement judiciaire. Pour sa plus grande part, elle est contractuelle et administrative ; le délai de cinq ans, le juge des tutelles qui n'est plus saisi d'office, le mandat de protection future qui nous vient des Canadiens, et qui fait un peu « gadget » (et nécessite donc d'être amélioré).

Qu'est-ce qui impose le certificat médical ? Certes, la constatation d'une altération des facultés mentales, ou les conséquences d'une maladie. Mais il y a d'autres facteurs « moins avouables ». Par exemple, payer la maison de retraite ou le CHRS ; il y a, souvent, des conflits dans le cercle familial, où l'on se demande pourquoi on demanderait une mesure de protection – c'est pourquoi je conseillerai d'éviter de prendre une telle mesure lorsque c'est possible. L'autre danger, c'est qu'effectivement la présence complète du curateur met en péril la vie privée de la personne protégée. Il ne faut pas que la mesure de protection soit pire que l'hospitalisation. Si l'on fait « de l'asile à domicile », on aura peu avancé par rapport à la Loi de 1938. On voit, en outre, la difficulté actuelle de construire des lois solides ; Simone Veil disait que l'on ne sait plus « faire des lois ». La société s'est complexifiée ; peut-être faudrait-il moins de lois, des lois moins précises ?

On peut rapidement passer sur les articles 425 et 431 du code civil. Tous ces termes sont importants : « certificat circonstancié », « médecin choisi ».

Le certificat reste la « pièce maîtresse », selon Maître FRESNEL.

[S'agissant de la disparition des termes d'oisiveté, de prodigalité et d'intempérance, « il est quelquefois difficile d'être oisif » : un psychotique déficitaire qui ne fait rien et semble être heureux dans cet état-là ; quant à la prodigalité, on peut la voir dans la question des jeux de hasard : cela devient des addictions. Quelle est la part du trouble de personnalité ici ? Plus encore pour l'intempérance ; on sait bien que la comorbidité de l'alcoolisme, notamment avec des maladies psychiatriques, et en particulier des troubles anxieux.....]

S'agissant de la rédaction et le contenu du certificat ; tout d'abord, ça n'est pas une expertise, mais bien un certificat. Si la personne est mécontente, il est possible de nommer un autre médecin inscrit sur la liste. Les médecins spécialistes – et notamment les psychiatres – sont normalement concernés, puisqu'il n'y a rien de linéaire entre le fait d'être atteint d'une maladie mentale et le fait de gérer son budget. Le rôle du tuteur est de l'aider à utiliser son argent pour son bien-être.

Les conditions d'inscription du médecin sur la liste ont été abordées par Madame LORiot ; il faut avoir le diplôme de docteur en médecine, être inscrit à l'Ordre, faire parvenir la liste de ses publications et travaux, obtenir une attestation de moralité du président du Conseil de l'Ordre, transmettre une lettre de motivation, l'extrait d'acte de naissance, et la preuve que l'on n'est pas sous une mesure de protection. De fait, les contacts personnels permettent d'alléger le nombre des documents à fournir.

En revanche, c'est quelquefois difficile de se faire retirer de cette liste.

La rédaction du certificat médical, par rapport à l'ouverture de la mesure, est faite par un médecin inscrit. On verra que le médecin inscrit va intervenir à certains moments : les mesures d'allègement, de mainlevée, de maintien. Dans ces cas-là, il s'agira d'un certificat de droit commun – qui peut parfois poser des difficultés également : diminuer une mesure n'est pas forcément si simple que ça.

Lorsqu'il s'agit d'aggraver une mesure, le certificat médical ne doit pas être laconique, il faut apporter des éléments concrets.

Le certificat peut être fait à domicile. On peut alors « user de ruses de sioux », ou simplement se faire accompagner par le médecin traitant pour faciliter les choses. Le certificat médical va constater des altérations, mais il doit également montrer en quoi celles-ci sont sources de difficultés dans la vie courante. Comme pour tout examen psychiatrique, il faut chercher des antécédents médicaux, chirurgicaux, les éléments biographiques, la présence de symptômes psychiatriques caractérisés, l'existence de traits de vulnérabilité sociale (immaturité, naïveté, influençabilité), la maîtrise des acquis scolaires (lire, écrire, compter, calculer), la présence d'une détérioration intellectuelle (avec des tests, comme le test de Folstein), et les traitements en cours (qui peuvent expliquer certains états).

Il y a aussi un volet socio-économique ; c'est la capacité à conceptualiser la valeur de l'argent. C'est également la capacité à pouvoir exercer des actes de conservation et d'administration, l'aptitude à percevoir ses revenus, la compétence pour les actes de disposition, la propension à engager sa signature de façon « hasardeuse », etc. La cohérence du projet de vie est aussi très importante – en sachant que ce « projet de vie » est directement tiré de la Loi de 2005 sur le handicap psychique. On trouve également l'aptitude à consentir, la qualité de l'entourage.

S'agissant du « rapport social détaillé », il succède à ce que l'on faisait avant, des sortes « d'expertises ». Lorsque ce rapport est fait – il est d'ailleurs conseillé de le faire ; parfois, c'est le juge des tutelles lui-même qui demande cela au médecin traitant –, le médecin traitant est délié du secret professionnel. C'est un point important ; je crois qu'il ne faut pas, en tant que médecin inscrit, faire de certificat médical sans prendre contact avec le médecin traitant ; il peut également être utile, lorsque l'on connaît le confrère en question, de prendre contact avec le praticien ayant fait le certificat initial ayant permis la mise en place de la mesure.

Après la remise du certificat, si la personne demande elle-même une mesure de protection, ça ne posera pas de problème. La question de la rédaction est importante ; il ne faut pas utiliser de termes trop hermétiques, et se montrer plutôt bienveillant avec le patient, qui va lire ce que l'on a écrit à son sujet. Cela demande du sérieux ; personnellement, j'écris le certificat en présence du patient, qui peut contester ce que je m'appête à écrire.

Il y a des circonstances où le certificat est demandé lors de la vente d'une résidence principale ou secondaire. Là, c'est un médecin inscrit qui doit le rédiger. L'exécution du mandat de protection future, ainsi que la reconduction du délai de cinq ans, passent également par un certificat rédigé par un médecin inscrit. Mais la question de la résidence principale est toujours un point très important.

Les différents certificats médicaux peuvent être abordés plus rapidement. Je vous ai déjà parlé du certificat d'ouverture et de renforcement d'une mesure de protection ; le certificat de prolongation, d'allègement ou de mainlevée d'une mesure de protection est un « simple certificat médical de droit commun ». Le juge peut, dans les situations délicates, solliciter un avis complémentaire. L'avis du médecin inscrit reste indispensable dans deux circonstances : en cas de dispense d'audition, et en cas de renouvellement d'une mesure pour une durée de cinq ans.

L'avis sur la liquidation du logement ou du mobilier avant placement est donné par un médecin agréé, qui peut toujours solliciter l'avis du médecin traitant – comme la loi l'indique.

S'agissant du certificat de déclenchement du mandat de protection future, ça n'est pas une mesure judiciaire, mais conventionnelle.

Dans le domaine de la psychiatrie, il ne faut pas non plus être complètement « fataliste » ; il faut donc toujours tenir compte des capacités de rétablissement des facultés personnelles de l'intéressé.

L'examen médical de contrôle est une possibilité pour le juge ; cela vise à s'assurer du respect des droits fondamentaux – notamment l'autonomie et la dignité. On peut donc être désigné, en tant que médecin inscrit, pour effectuer cet examen.

Il y a deux types de mesures de sauvegarde de justice. Il y a la sauvegarde de justice « renouvelée » ; c'est dorénavant une mesure à part entière. Le certificat médical circonstancié, émanant d'un médecin inscrit, permet une protection juridique temporaire, et la désignation d'un mandataire spécial. Cette désignation ne doit d'ailleurs pas être banalisée – j'ai parfois pu voir, dans ces cas-là, des réactions quasiment traumatiques chez des gens, car l'annonce de la préparation de la mesure peut parfois intervenir de façon « sauvage ».

La sauvegarde pour la durée de l'instance ne demande qu'une « simple déclaration médicale » au Procureur de la République. Attention toutefois, car dans certains établissements cela peut être une obligation. Il y a également la « déclaration facultative », avec un médecin et un spécialiste – un psychiatre, par exemple.

Je vous ai donc présenté rapidement un certain nombre d'actions du médecin inscrit et du médecin traitant.

#### ➤ **Le recours à l'expertise psychiatrique :**

**- Monsieur Philippe BLONDEAU, Vice-Président chargé du service du Tribunal d'Instance de Dijon :**

Malheureusement, beaucoup de sujets ont déjà été dévoilés. On a parlé du certificat médical, de l'ouverture de la mesure, de sa mise en place... Le sujet qui m'a été attribué porte sur le recours à l'expertise psychiatrique.

Premier paradoxe ; quand on lit attentivement les articles 425 et suivants du code civil : le psychiatre n'apparaît pas dans ces textes. On fait appel à un « médecin », suite à un « avis circonstancié ». Pourquoi ? A mon sens, il faut partir d'un concept plus élevé pour comprendre ; il s'agit du consentement, qui est la pierre angulaire de notre système juridique, celui qui permet d'agir. Sans le consentement, le système juridique, sans s'écrouler, se retrouve fragilisé. On met donc en place des mesures « d'étayage » de cette fragilisation. Il faut donc d'abord partir du consentement ; dès que ce dernier est « voilé », la pyramide juridique se met en place.

C'est cet article 425, dont on a déjà beaucoup parlé, qui est à l'antichambre des mesures de protection, où le législateur précise que lorsque le consentement est « voilé », « altéré », « modifié » – peu importe, il ne rentre pas dans les détails médicaux –, dès que celui-ci est fragilisé, il y aura une protection. Et il existe une double fragilité, entre la psyché et le physique ; c'est la raison pour laquelle le texte va distinguer des atteintes de nature corporelle, et des atteintes de nature psychique. Et le texte ne précise pas quel médecin interviendra selon la nature de l'atteinte, il est silencieux.

Tout découle de ce texte ; à part quelques petites spécificités, c'est de la « cuisine procédurale ».

Je ne souhaite pas vous ennuyer avec de la lecture, mais deux textes sont fondamentaux pour le sujet qui m'appartient. Le texte dit : « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre. »

C'est là qu'on voit que, nécessairement, on aura recours à un expert pour savoir comment ces « facultés corporelles ou mentales » sont atteintes. Ce « couple », le juge et le médecin, va fonctionner en étroite collaboration. Le juge ne va pas pouvoir agir sans le médecin ; sans lui, il ne peut pas mettre en place de mesure de protection.

Le second texte fondamental, que j'appellerais « le Médecin 431 », concerne le médecin inscrit sur la liste. Le médecin psychiatre n'apparaît pas dans le texte ; n'apparaissent en fait que deux types de médecins dans le texte civil : le médecin « inscrit sur la liste » et le médecin « traitant ». Il y a donc deux types d'acteurs médicaux ; mais le distinguo entre les deux n'est pas de spécialité, il s'agit d'un distinguo formel.

Bien entendu, s'il y a des troubles du comportement, des atteintes à la psyché, il reste évident que l'on ne va pas faire appel à un dermatologue ; on fera appel à un spécialiste de la psyché, à un psychiatre. Et s'il est question d'atteintes corporelles, on fera appel à la liste des médecins spécialistes en la matière.

Et une fois que l'on a cette « pierre angulaire », tout tombe. Tout va de soi. On comprend pourquoi on distingue dans le texte deux types d'altération des facultés.

S'agissant des rôles dévolus à ces deux partenaires, le juge et le médecin, il faut noter que le juge n'est pas tenu par les préconisations du médecin ; par exemple, si un psychiatre propose la solution d'une tutelle, le juge peut décider – suite à l'audition obligatoire en principe – d'opter pour une autre mesure. Médicalement parlant, le juge ne sait peut-être pas ce qui serait le plus adapté, il tient compte du contexte social, familial, de l'alliance avec le mandataire, etc. Il fait son choix, quitte à choisir plus tard de mettre finalement en place une tutelle.

Le fameux certificat médical pose des problèmes ; en effet, il a un coût, lequel est relativement élevé. Il s'élève à 160 euros, plus la TVA, plus, parfois, le coût du déplacement. On a donc déjà une « pierre d'achoppement », parce-que ça n'est pas évident d'avoir un certificat médical d'un médecin inscrit sur la liste. La plupart des majeurs à protéger ont effectivement besoin d'une protection de leur patrimoine, en raison d'une faiblesse dans ce domaine. On leur demande un surcoût qui peut être très difficile à financer, c'est un vrai problème.

Il ne faut pas oublier le troisième partenaire, le médecin traitant ; il connaît parfaitement la personne. Mais le code civil ne lui donne pas un rôle prépondérant ; « il revient par la petite porte », et agit « en pointillés ». Si on « veut s'adjoindre un sapiteur », le juge peut le faire. Le médecin inscrit sur la liste « peut » solliciter l'avis

du médecin traitant de la personne à protéger. A mon sens, cela pose un deuxième problème, car on pourrait obtenir davantage d'éléments sur la personnalité de la personne à protéger, sur la « préhistoire » de la pathologie. Or, nous sommes dépossédés de cette préhistoire, qui pourrait nous éclairer sur le meilleur choix à effectuer ; elle reste à la discrétion du médecin inscrit.

Ensuite, comme le disait Madame DOMENEGO, l'audition est un principe cardinal, fondamental. Lorsque l'on va priver quelqu'un de ses droits, on l'entend ; c'est le principe du contradictoire. Ce principe n'a qu'une seule limite ; c'est lorsque le médecin inscrit sur la liste nous dit que la personne n'est pas « entendable ». Le code civil part de ce médecin inscrit, et ce dernier intervient dans toute la vie de la mesure : lorsque la pathologie s'améliore, s'aggrave... On a besoin du médecin inscrit à tous les stades : ouverture, audition, résiliation, et modification de la mesure. Les métamorphoses éventuelles de la mesure vont également voir l'intervention du médecin inscrit.

On peut en fait constater une symétrie : lorsqu'on estime que l'on empiète sur une liberté fondamentale, on va vers le médecin inscrit. Au contraire, lorsqu'on estime que l'on « allège », que l'on permet à l'individu de retrouver une capacité civile, on ne fait plus appel au médecin inscrit sur la liste ; on se tourne vers le médecin traitant. Quand il s'agit de renouveler la mesure pour une durée supérieure à cinq ans, on passe par le médecin inscrit sur la liste. Quand il s'agit de renouveler la mesure pour une durée inférieure à cinq ans, on passe par le médecin traitant. S'agissant de la fin de la mesure, on passe simplement par le médecin traitant.

Pour synthétiser ; quand on se pose la question du rôle du psychiatre, il faut garder à l'esprit que le système actuel nous oblige à passer par le médecin inscrit. Il est la cheville ouvrière de la mesure de protection, mais aussi celui qui peut et doit éclairer le juge.

Trois problèmes se posent, à mon sens.

Un lieu commun, tout d'abord : nous avons une population de plus en plus vieillissante. Malheureusement, ce lieu commun a des effets néfastes : nous aurons de moins en moins de moyens pour traiter une population vieillissante.

Nous avons, aujourd'hui, un « cadenas » : l'inscription obligatoire sur la liste du Procureur. Cela n'engage que moi, mais nous avons de moins en moins d'experts inscrits, et de plus en plus de majeurs à protéger. Et comme nous tenons absolument à avoir un médecin inscrit, « le serpent se mord la queue ». On ne peut pas passer par un médecin traitant, quelle que soit l'étendue de sa connaissance sur la pathologie. Il n'y aura pas « trente-six solutions » : davantage de médecins inscrits sur la liste, ou on casse le cadenas et on permet au médecin traitant de nous saisir.

Autre problème : le coût du certificat, qui pose de réels problèmes aux majeurs protégés.

### ➤ **La décision de mise en place d'une mesure de protection :**

#### **- Charles JEAUGEY, Juge chargé de l'administration du Tribunal d'Instance de Montbard :**

Je vais vous parler de la décision de mise en place d'une mesure de protection.

Je vois trois principaux facteurs pris en compte par le juge dans le cadre de la décision qu'il doit prendre ; le certificat médical, sur lequel je ne reviens pas.

Il y a, ensuite, l'audition de la personne à protéger ; c'est un élément indispensable. Le juge des tutelles ne peut s'en dispenser que dans deux cas : si la personne est « non entendable » (soit parce-que la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, soit parce-que cette audition est de nature à porter préjudice à sa santé ; c'est l'article 1132 du code civil). Une précision peut être apportée concernant la cause de non-audition qui tient à l'impossibilité pour la personne d'exprimer sa volonté. Il faut comprendre que le cadre considéré est celui de l'audition faite par le juge des tutelles ; c'est-à-dire qu'une personne peut être hors d'état de prendre des actes concernant la gestion de son patrimoine, mais être en mesure de répondre à des questions banales du juge des tutelles. Quand on se déplace au domicile de la personne, ça n'est pas un interrogatoire juridique : on pose des questions relativement simples. Si la personne est en capacité de fournir des renseignements sur son parcours de vie, la composition de sa famille, sur des repères spatio-temporels, il faudra que le médecin indique que la personne peut être entendue. Il est vrai qu'il est confortable, pour le juge des tutelles, d'avoir une cause de non-audition dans le certificat médical. Ça fait « un acte en moins », il n'a pas à convoquer la personne, ou à se rendre dans l'établissement où elle est accueillie, ou à son

domicile. Evidemment, se priver de l'audition du majeur à protéger, c'est se priver d'un élément indispensable d'appréciation de la situation.

Le troisième élément pris en compte par le juge des tutelles, ce sont les renseignements recueillis auprès des proches – s'il en existe – ou par l'intermédiaire des travailleurs sociaux.

Une fois que le juge des tutelles a réuni ces trois éléments, il faut prendre une décision. L'article qui va guider cette décision est l'article 428 du code civil. Sa lecture est importante, car il s'agit de la pierre angulaire de l'édifice tutélaire.

« La mesure de protection ne peut être ordonnée par le juge qu'en cas de nécessité et lorsqu'il ne peut être suffisamment pourvu aux intérêts de la personne par l'application des règles du droit commun de la représentation, de celles relatives aux droits et devoirs respectifs des époux et des règles des régimes matrimoniaux, en particulier celles prévues aux articles 217, 219, 1426 et 1429, par une autre mesure de protection judiciaire moins contraignante ou par le mandat de protection future conclu par l'intéressé.

La mesure est proportionnée et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé. »

C'est donc l'article qui regroupe les trois principes qui ont été évoqués tout à l'heure : nécessité, subsidiarité, et proportionnalité.

Le principe de nécessité se rapporte au constat d'une altération des facultés mentales ou corporelles limitant l'expression de la volonté de la personne à protéger – altération qui va être constatée par le certificat médical.

Le principe de subsidiarité va être décliné de deux manières. Il faut se demander si la sauvegarde des intérêts de la personne peut être assurée par une autre manière que par l'ouverture d'une mesure de protection. L'article 428 du code civil envisage plusieurs pistes : tout d'abord, l'habilitation de l'article 217 du code civil, qui permet à un époux dont le conjoint est empêché de se faire judiciairement autoriser par le juge des tutelles à disposer du logement familial ou des meubles meublants. De même, l'article 219 prévoit que l'époux dont le conjoint est empêché peut se faire habilitier à le représenter pour disposer des biens propres de celui-ci – même quand lesdits époux sont mariés sous le régime de la séparation de biens, comme la Cour de cassation l'a rappelé en 1985. La deuxième déclinaison du principe de subsidiarité s'inscrit dans la question du choix d'une mesure de protection donnée. L'article 440 du code civil introduit une hiérarchie dans les différentes mesures de protection. La curatelle ne peut être prononcée que s'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante, et la tutelle n'est prononcée que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante.

La sauvegarde de justice présente en elle-même un intérêt quelque peu limité, car la personne conserve l'exercice de ses droits. Ce qui peut être intéressant, c'est de greffer sur cette sauvegarde de justice un mandat spécial, ce dernier ayant pour but de permettre l'accomplissement d'actes déterminés par le juge. Cette institution du mandataire spécial a été considérablement renforcée par la Loi du 5 mars 2007, puisqu'avant le mandataire spécial ne pouvait effectuer que des actes d'administration (ce qui relève de la gestion normale des comptes et du patrimoine). Depuis cette Loi, le mandataire peut aussi faire des actes de disposition – vendre des biens du patrimoine de la personne à protéger, par exemple. Il m'arrive assez régulièrement d'avoir en face de moi des personnes qui relèveraient d'une mesure de tutelle, mais dont le besoin de protection n'est que ponctuel ; dans ces cas, la sauvegarde de justice, couplée à un mandat spécial, pourrait suffire.

Par exemple, dans le cas d'une personne âgée, veuf/veuve, placée dans un EHPAD ; avant la dégradation de ses facultés mentales, elle a eu le temps de donner une procuration à ses enfants, grâce à laquelle ces deniers arrivent à gérer sans difficulté les comptes de cette personne. Mais il peut devenir nécessaire, par exemple, de vendre l'ancien logement de la personne pour payer ses frais d'hébergement en EHPAD. Dans ce cas-là, il est possible de mettre en place une sauvegarde de justice, et de nommer l'un des enfants « mandataire spécial », avec pour mission d'accomplir la vente immobilière. Une fois l'acte accompli, la mesure prendra fin, et lesdits enfants retrouveront le fonctionnement antérieur, c'est-à-dire gérer eux-mêmes les comptes grâce à la procuration initiale, dont ils disposent.

La curatelle est un régime d'assistance. Elle suppose que la personne concernée conserve encore un minimum de discernement, pour donner son avis sur les actes de gestion de son patrimoine. Le curateur ne « représente » pas la personne protégée, il ne peut que l'assister. Il y a bien une exception, l'article 469 du code civil, mais je ne rentrerai pas dans les détails.

Pour les actes de disposition, le système de la « double signature » s'applique ; s'il y a une vente à faire, le curateur doit apposer sa signature sur l'acte de vente, mais le majeur sous curatelle doit également signer. Comme c'est un régime d'assistance, il faut que la personne sous curatelle adhère un minimum à la mesure, sans quoi la mesure pourrait rapidement être paralysée.

La distinction entre curatelle simple et curatelle renforcée se fait au niveau de la gestion des revenus « courants » de la personne. Dans la curatelle simple, la personne sous curatelle continue de gérer ses revenus, tandis que dans la curatelle renforcée, c'est le curateur qui va percevoir les revenus de la personne sur un compte ouvert au nom de cette dernière, mais qu'il est le seul à pouvoir faire fonctionner.

Enfin, la tutelle, qui est un régime de représentation. Le tuteur accomplit seul les actes d'administration, et doit se pourvoir d'une autorisation du juge des tutelles pour accomplir les actes de disposition. La distinction entre actes d'administration et actes de disposition est contenue dans un décret du 22 décembre 2008. En tutelle se posera aussi la question du maintien ou de la suspension du droit de vote. Avant 2007, la personne placée sous tutelle perdait automatiquement le droit de vote ; depuis 2007, il faut une décision spéciale du juge en ce sens. C'est pour cela qu'on invite le médecin inscrit à se positionner sur ce point. Si le médecin inscrit préconise une curatelle, cette question ne se posera pas, malgré ce qu'il m'a été donné de voir parfois sur certains certificats médicaux.

Parmi les questions transversales, plusieurs choses peuvent être abordées.

Sur la possibilité de limiter la mesure aux biens ou à la protection de la personne, les mesures concernent généralement les biens et la personne. Théoriquement, il est possible de limiter la mesure à la protection de la personne, mais je n'ai encore jamais vu cela.

L'article 425 alinéa 2 du code civil permet effectivement de limiter la mission du tuteur ou du curateur aux biens, et de laisser la personne protégée prendre seule les actes relatifs à l'administration de sa personne.

En curatelle, ça peut être utile – dans l'objectif de favoriser l'autonomie de la personne protégée.

En tutelle, c'est possible également, mais c'est selon moi à manier avec plus de précautions car ça peut aboutir à des difficultés ; si le mandat du tuteur est limité à la protection des biens, et que la personne protégée n'est pas elle-même en état de consentir à une opération médicale, le médecin, qui doit recueillir le consentement de la personne à opérer, va se retrouver dans une impasse. Le tuteur n'aura aucun moyen de droit de donner son consentement, la personne protégée elle-même ne sera pas en mesure de donner son consentement ; le juge des tutelles ne pourra pas non plus intervenir, puisque l'article 459 du code civil limite l'intervention du juge des tutelles, concernant les actes relatifs à la protection de la personne protégée à des hypothèses bien particulières. Il faut qu'il y ait une mesure de tutelle, une représentation de la personne qui soit prévue, et il faut que l'acte ait pour objet ou pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne ou à l'intimité de sa vie privée. Si la mesure de tutelle est limitée aux biens, le deuxième point n'est pas rempli. Il faudra que le juge des tutelles étende la mesure à la protection de la personne – ce qui constitue une aggravation, une restriction des droits de la personne ; le parallélisme des formes rendra la tâche laborieuse.

## II. LE ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS

### ➤ Le rôle de l'avocat dans le cadre de la mesure

**- Maître Fabienne THOMAS, avocate au Barreau de Dijon :**

Mesdames, Messieurs, mon intervention sera sans doute plus « décosue » que ce que j'avais envisagé à l'origine, car beaucoup de choses ont été dites. Mais ce qui me paraît évident à l'issue des interventions de chacun, et ce qui n'est pas surprenant compte tenu de ce que prévoit la Loi – ou plus exactement de ce qu'elle ne prévoit pas –, c'est qu'à aucun moment, cette Loi du 5 mars 2007 n'a prévu de place privilégiée pour l'avocat aux côtés du majeur protégé ou de la personne dont la mise sous protection est envisagée. Une seule exception existe, en matière pénale : lorsqu'une personne sous tutelle ou sous curatelle se voit reprocher la commission d'une infraction pénale, et va faire l'objet d'une enquête, d'une procédure d'instruction, d'un jugement par le Tribunal de police, le Tribunal correctionnel, ou la Cour d'assises.

Ce qu'a d'ailleurs prévu la Loi dans ses toutes dernières dispositions, c'est une espèce de disposition « fourre-tout » ; cela s'articule autour de trois mesures qui sont essentielles. L'information obligatoire du curateur ou du tuteur, tout d'abord ; l'assistance obligatoire par un avocat du majeur protégé ; et la désignation d'un expert qui va être chargé de fournir au tribunal et à l'avocat un véritable outil de travail, qui va permettre de mesurer le degré de conscience de la personne, et de juger de sa responsabilité pénale (ou de son irresponsabilité pénale). Cela va permettre d'obtenir un éclairage assez complet des difficultés rencontrées par la personne, et des conditions dans lesquelles elle a pu commettre l'infraction qui lui est reprochée.

Des habitudes de travail ont été mises en place ; cela s'est fait au fil du temps. La première personne qui a un rôle à jouer est celle qui va mener l'enquête, et entendre la personne protégée ; il va alors être question de savoir si cette dernière fait ou non l'objet d'une mesure de protection – le problème étant alors de déterminer si la réponse obtenue correspond bien à la réalité, et de réussir à obtenir des informations précises sur l'identité de la personne qui exerce la mesure. Maintenant, de façon quasi-systématique, ces choses se font ; le Parquet veille à ce que des expertises soient ordonnées. A défaut, ce sera la plupart du temps au Tribunal correctionnel d'ordonner cette expertise, qui est un outil de travail précieux. Il s'agit d'une avancée significative.



J'ai relu le reste du texte en préparant cette intervention. Celui-ci est totalement muet au sujet de la présence de l'avocat aux côtés de la personne protégée – que ce soit dans le cadre de la mise en place de la mesure, de son éventuel renouvellement, de son aggravation, d'un allègement, voire d'une mainlevée. Le constat est le même s'agissant de la « vie » de la mesure, c'est-à-dire dans les situations où le majeur protégé va se retrouver devant une juridiction de nature civile. Or, les intervenants qui m'ont précédée ont utilisé des mots qui me semblent très forts (et justifiés par rapport à la situation des personnes). Monsieur le Président CONSIGNY, vous avez dit que « la réalité, c'est que la personne protégée perd sa capacité » ; Monsieur le Docteur CAPITAIN, vous avez employé des termes semblables : « mettre quelqu'un sous protection, c'est une atteinte à sa liberté, à sa vie privée ». Et Monsieur BLONDEAU nous expliquait également que sa décision reposait en grande partie sur le contenu du certificat médical qui lui était remis, et qu'en définitive, bien souvent, au-delà de l'impression qui pouvait être la sienne en recevant la personne et en l'entendant, il était d'une certaine manière totalement dépendant et tributaire des éléments d'information contenus dans le certificat médical. Monsieur BLONDEAU a parlé de l'histoire, voire de la préhistoire de la personne et de sa pathologie, permettant de retracer l'origine des difficultés et leur possible évolution dans le temps. Il me semble donc qu'il aurait été opportun de prévoir qu'à ce stade l'audition de la personne par le juge des tutelles, celle-ci soit obligatoirement assistée par un avocat – et le texte ne le prévoit pas. Cela ne veut pas dire que ça n'est pas possible, la personne pouvant toujours faire le choix d'être assistée par un avocat, mais ça n'est pas une obligation.

Et il me semble que si cette obligation n'est pas imposée par un texte, la personne, qui est par définition dans une situation de fragilité, n'aura pas pour réflexe premier de se dire et de dire à son entourage qu'elle souhaiterait parler à un avocat. Elle n'y pense pas, ou elle peut éventuellement être dissuadée par son entourage. Et autour d'elle, le discours du travail conjoint du juge et du médecin peut être relayé, au vu de ce que j'ai entendu ce matin. Or, la personne peut avoir des choses à dire – choses qu'elle ne dira pas nécessairement devant un juge, l'audition revêtant un caractère solennel, et qui peut donc être « impressionnante ». Choses qu'elle ne dira peut-être pas non plus aux proches, en cas d'antagonismes familiaux réels ou de « tabous ». Elle ne le dira pas nécessairement au médecin chargé de l'examiner, cet examen pouvant être rapide.

Ensuite, en admettant que la personne vienne voir un avocat, je pense que l'avocat est face à un cas de conscience ; mais comme dans toute matière et dans toute situation où il accepte de prendre la défense de quelqu'un, c'est à lui de définir son rôle et sa façon de travailler. C'est-à-dire que l'avocat va peut-être considérer qu'il est là pour recueillir des éléments d'information, pour écouter la personne, mais qu'une fois les éléments recueillis, son rôle sera avant tout de relayer la parole de son client ; et si son client est hostile à la mise en place d'une mesure de protection (parce qu'elle est « intrusive », « dépossédante »), l'avocat peut se contenter de relayer cette parole.

A titre personnel, j'évoquerai un dossier concernant une demande de mainlevée. Je ne vois pas mon rôle de cette façon. Mon rôle premier est bien évidemment d'écouter la personne, et de comprendre ce qui a amené cette situation. Puis mon rôle est d'expliquer à la personne ce qu'est une mesure de protection, et ce qu'une telle mesure peut lui apporter – car une mesure de protection qui fonctionne apporte nécessairement quelque chose, même si cela est intrusif.

Je me permets de porter cette appréciation parce que je travaille depuis une vingtaine d'années avec l'UDAF de la Côte-d'Or, qui est une association qui gère des mesures de tutelle et de curatelle (notamment), et dans ce cadre-là l'UDAF me charge régulièrement d'assurer la défense de majeurs protégés (avec leur accord, évidemment). J'interviens donc dans le cadre de procès (de nature familiale, pénale...).

Je pratique donc cette collaboration avec le curateur ou le tuteur, et avec le majeur protégé ; et elle me semble essentielle.

L'illustration que je souhaitais partager avec vous porte sur un dossier, lequel remonte à quatre ou cinq ans. Il n'était pas question de la mise en place d'une mesure ; la personne avait demandé la mainlevée de celle-ci. J'ai parlé avec elle et ai relevé quelques éléments d'information, notamment en matière financière (selon elle, son curateur ne « donnait rien » et « prenait tout »). Je suis ensuite allée voir son dossier, et je l'ai revue. Je me suis rendue compte qu'en réalité, d'une part, la mesure de curatelle était indispensable pour cette personne, et d'autre part que mon travail, si je souhaitais servir ses intérêts, n'était pas de défendre « bec et ongles » une mainlevée, mais au contraire de lui faire comprendre l'intérêt que cette mesure présentait pour sa personne. Je me suis également rendue compte, et l'audience du juge des tutelles a été très importante, que la manière dont le majeur protégé vivait la mesure qu'il « subissait » était liée à des malentendus et à un manque de communication évidents entre lui et son curateur. Et c'est vrai qu'au-delà du professionnalisme des mandataires judiciaires, je pense que c'est un travail tellement difficile que la situation peut parfois se crispier, et qu'il faut alors de la bonne volonté de part et d'autre – ainsi que, parfois, un élément extérieur qui peut permettre de débloquer cette situation.

Et le juge des tutelles, qui au départ recevait la personne dans le cadre d'une demande de mainlevée, a pu à son tour lui réexpliquer un certain nombre de choses ; les problèmes ont été mis à plat, et nous sommes finalement ressortis avec un maintien de la mesure. Mais cette fois, le majeur protégé comprenait cette mesure. J'ai ainsi eu l'impression d'être utile, de même que tous les acteurs de cette audience du juge des tutelles.

L'autre élément qui me semble important, ce sont les dossiers de nature familiale (ainsi que d'autres dossiers, en matière d'assistance éducative).

L'ère est aux restrictions, et nos juges (et notamment nos juges aux affaires familiales) ne multiplient pas les mesures d'investigation, car elles sont coûteuses – alors même qu'elles seraient parfois bien utiles. Il faut tout de même préciser que dans de nombreux cas, il s'agit de personnes se trouvant dans une situation financière difficile, ce qui implique une aide juridictionnelle, laquelle est à la charge de l'Etat. Donc nos juges, dans l'ensemble, « hésitent ou évitent » de recourir à des investigations (notamment s'agissant des enquêtes sociales). Or, les majeurs protégés se présentent souvent devant le Juge aux affaires familiales dans une situation difficile.

Par ailleurs, les audiences sont globalement surchargées, et nos juges n'ont généralement pas beaucoup de temps à consacrer à des personnes qui, elles, ont besoin de temps pour s'exprimer. Et si le travail n'est pas fait en amont par un avocat, la situation est plus compliquée. Je ne méconnais pas le rôle que peuvent avoir les curateurs ou tuteurs, qui exercent les mesures et se présentent aux côtés du majeur protégé dans le cadre de ces audiences ; mais il est également vrai que parfois, les décisions qui vont être prises ont des tenants et aboutissants sur le plan juridique, et que l'avocat (comme le juge) est, me semble-t-il, le mieux placé pour mesurer ces derniers d'un point de vue juridique.

Une autre illustration peut être utile pour vous permettre de saisir l'intérêt que peuvent présenter la présence et le travail d'un avocat. Il s'agit du juge des enfants, en matière d'assistance éducative ; on se retrouve parfois avec des situations très lourdes à gérer sur le plan psychologique, car les personnes ont d'énormes difficultés à gérer. Et tout comme pour la mise en place d'une mesure de protection, l'intervention du juge des enfants dans le cadre d'un dossier en matière d'assistance éducative est souvent mal vécue par les parents. Et le travail premier de l'avocat est, de mon point de vue, de leur expliquer que cette assistance éducative – bien qu'intrusive – est avant tout une aide, et que ni le juge, ni l'éducateur qui sera désigné ne sont des « empêcheurs de tourner en rond », mais bien des personnes présentes pour les aider. Ce discours-là passe mieux lorsque la personne que vous recevez se rend compte que vous prenez le temps de l'écouter, et de lui expliquer les choses.

Les acteurs se retrouvent tous devant le juge des enfants, qui va devoir décider de la mise en place (ou pas) d'une mesure d'assistance éducative (laquelle est toujours prise dans l'intérêt des enfants, et non pas pour « punir » les parents). La mesure d'assistance éducative peut se traduire par la désignation d'un « éducateur », mais elle peut aussi se traduire par le placement de l'enfant, que l'on confie à un service puis à une famille d'accueil ; ou, éventuellement, elle peut se traduire par la désignation d'un « tiers digne de confiance », c'est-à-dire quelqu'un auquel l'enfant va être confié et qui va s'occuper de ce dernier au quotidien.

Dans le dossier où j'étais intervenu, les deux parents étaient sous curatelle renforcée, et il y avait un antagonisme énorme ; le père était d'accord sur la désignation d'un tiers digne de confiance (sa sœur), alors que la mère refusait cette désignation, refusait de confier les enfants à quelqu'un d'autre, et était assistée par un avocat qui relayait son discours. Il aurait probablement été difficile de lui faire admettre autre chose, et je comprends très bien que le confrère se soit positionné de cette façon. Mais cela a donné, devant le juge des enfants, des débats psychologiquement violents, et virulents ; des choses très dures ont été dites à l'égard de tous, et cet homme, s'il avait assisté à l'audience, en serait sorti « laminé », et n'aurait pas compris ce qu'il s'est passé.

C'est là encore une matière où la loi ne prévoit pas d'obligation de représentation du majeur protégé par un avocat ; mais il me semble qu'il serait indispensable que les majeurs protégés soient obligatoirement représentés par un avocat, parce-que les décisions concernent leurs enfants, ainsi que leurs droits et obligations à l'égard de leurs enfants.

Voilà ce que j'avais à dire sur ce texte et sur ce que j'ai entendu ce matin. La place de l'avocat, en dehors de la matière pénale, est inexistante.

Enfin, sur un autre sujet, il y a aujourd'hui une grève des barreaux en France (notamment en raison de la question de l'aide juridictionnelle). Je pense qu'en la matière aussi, le manque de moyens est criant. Sauf erreur de ma part, lorsque l'on assiste quelqu'un dans le cadre de son audition par le juge des tutelles, on ne peut le faire au titre de l'aide juridictionnelle, ce qui est un obstacle considérable : 160 euros pour une expertise, c'est cher. De la même façon, les gens n'ont pas vraiment les moyens d'avoir un avocat. Toute intervention obligatoire devrait faire l'objet d'un financement possible au titre de l'aide juridictionnelle.

## ➤ **Le rôle du Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs :**

**- Monsieur Patrice BRIYS, mandataire libéral :**

Bonjour à tous. Je voulais tout d'abord excuser Monsieur Denis BLANC, Président de la Fédération des mandataires judiciaires de Bourgogne, qui avait d'autres obligations et n'a pas pu être présent parmi nous. Je crois que ce matin, beaucoup de choses ont été dites. Je vais donc m'efforcer d'éviter les redites, quitte à devoir improviser sur ce qu'est le métier de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Il en existe de trois « types ». Les mandataires libéraux, les mandataires indépendants – dont je fais partie ; les mandataires hospitaliers ; et les associations tutélaires.

Aujourd'hui, le contenu de la réforme a été détaillé et exploré ; j'ai surtout entendu des difficultés liées à cette dernière. Je voulais me montrer davantage positif : heureusement que cette réforme est intervenue, car les textes commençaient à dater fortement. Cette réforme a eu un premier impact : elle a permis de professionnaliser une activité, qui était anciennement celle de « gérant de tutelle ». Gérant qui était globalement chargé de pratiquer la même mission qu'aujourd'hui, mais avec beaucoup moins d'encadrement et de pouvoirs. Il s'agissait seulement d'assurer une gestion en bon père de famille ; aujourd'hui, nous sommes une profession reconnue, et « réglementée » – quand bien même elle paraît l'être moins que, par exemple, la profession d'officier ministériel. Elle a donc tout d'abord apporté une formation, laquelle est forcément incomplète, car la profession de mandataire judiciaire demande énormément de compétences, dans énormément de domaines. J'aurais tendance à dire qu'il ne doit pas être un spécialiste dans tous les domaines, mais davantage un généraliste (à l'image des médecins).

Cette réforme a apporté des choses pour les mandataires, mais elle a effectivement apporté pas mal de difficultés. Les mandataires vont d'ailleurs retrouver ces mêmes difficultés. Par exemple, il est vrai que le coût du certificat médical a eu une conséquence particulière : lors du renouvellement des mesures – qui s'est fait « tambour battant », et je félicite d'ailleurs les magistrats pour ce travail –, ce coût a poussé certains mandataires judiciaires à opter pour un certificat du médecin traitant, ce qui signifie que des mesures dont il aurait peut-être été préférable qu'elles soient renouvelées pour une durée supérieure à cinq ans n'ont au final été renouvelées que pour une durée inférieure à cinq ans (le certificat médical d'un médecin inscrit, coûteux, faisant défaut pour renouveler la mesure au-delà de cette durée). En effet, beaucoup de médecins traitants ont ainsi facturé ces certificats au prix d'une visite médicale, au lieu des 160 euros prévus.

Cela présente un inconvénient : ces mesures, qui auraient pu être poussées beaucoup plus loin, doivent être de nouveau renouvelées « aujourd'hui ».

**- Madame le Docteur Jacqueline LAVAUT, Psychiatre au sein du Centre Hospitalier La Chartreuse** intervient :

Je voudrais tout de même dire que beaucoup de certificats médicaux (...) sont faits gratuitement, pour toutes les personnes dont on voit bien qu'elles n'ont pas « les moyens » d'en payer le coût.

**- Monsieur Patrice BRIYS, mandataire libéral** reprend la parole :

Tout à fait, et c'est vrai que beaucoup de professionnels ont joué le jeu dans ce domaine ; et les médecins traitants, lors d'une visite médicale, ont pu remplir le certificat. C'était peut-être « un peu dommage », mais ça a permis, effectivement, de pallier à une « problématique de coûts ».

Concernant ce certificat médical circonstancié, et plus particulièrement les médecins spécialistes inscrits sur la liste, on peut se poser la question de la « formation » de ces médecins concernant la mesure de protection. On s'est aperçu que certains médecins – qui sont au demeurant de bons médecins – n'appréhendaient pas forcément la mesure de protection dans ses tenants et aboutissants. Je pense qu'il y a certainement un manque de formation dans ce domaine ; ça nous est arrivé de voir des médecins qui ne faisaient pas vraiment la différence entre la curatelle et la tutelle, par exemple.

Concernant la difficulté liée à la protection, il est vrai que l'on se retrouve souvent sur des difficultés liées à une protection exclusive aux biens, comme cela a été dit tout à l'heure. Ça n'est pas la protection en elle-même qui est compliquée, mais c'est davantage la question du distinguo entre ce qui relève de la protection des biens et ce qui relève de la protection de la personne. On n'a pas une « ligne de séparation » très claire. Il faut souvent « jongler ».

Du fait du renouvellement des mesures (les anciennes mesures ne donnaient pas ce type de précisions), il peut y avoir de l'incompréhension de la part de la personne protégée : elle était placée sous une protection sans distinction – à défaut de précisions –, et elle se retrouve suite au renouvellement avec une protection exclusive aux biens. Et lui expliquer les changements peut s'avérer compliqué. C'est pourquoi, avec l'ensemble de mes confrères, certaines choses continuent à être faites, car on estime que le domaine de la protection de la personne rentre toujours dans le cadre de cette protection (dans une certaine limite, bien sûr).

Concernant notre fonction, les difficultés les plus nombreuses concernent la question de l'explication au protégé, à sa famille, ainsi qu'aux intervenants éventuels, d'une réalité : le mandataire judiciaire n'est pas un magicien. C'est souvent la plus grosse difficulté. On se retrouve régulièrement face à des reproches faits au

mandataire, par exemple parce-que les dettes de la personne n'ont pas disparu dans l'année suivant la désignation de celui-ci. Et malheureusement, nous ne pouvons pas brutalement réduire des dettes du jour au lendemain. Ça n'est pas toujours la chose la plus évidente que d'arriver sur un dossier où il y a déjà plusieurs milliers d'euros de dettes. Pouvoir expliquer aux intervenants que les choses prendront du temps est difficile, ça n'est pas toujours compris. Le constat est le même avec la famille, qui peut penser que du jour au lendemain elle va être déchargée de l'intégralité de ses obligations familiales.

Parmi les difficultés rencontrées par le mandataire judiciaire, on trouve aussi un problème de coût. Avant la réforme, l'inventaire pouvait être fait par le mandataire, en remplissant une simple fiche. L'obligation du mandataire, aujourd'hui, consiste soit à passer par un officier ministériel (un commissaire-priseur, un huissier), soit à faire l'inventaire avec deux témoins. Trouver ces deux témoins n'est pas toujours évident (on ne peut par exemple pas prendre nos salariés, ou des connaissances du protégé). Et parfois, les personnes ne sont pas forcément des « gens de bonne moralité » vis-à-vis de notre protégé ; la recherche de témoins n'en est pas facilitée. Donc le recours à l'officier ministériel est souvent indispensable, et avec un coût qui peut être largement supérieur aux 160 euros du certificat médical. Si on ajoute à cette opération le coût de ce certificat, on constate que l'on va se retrouver face à des difficultés fréquentes pour mener à bien ce travail d'inventaire.

En outre, si l'on est face à une personne mise sous protection (ce qui n'est pas forcément volontaire), cet inventaire va être vécu comme un traumatisme supplémentaire ; un peu comme si, « tel un huissier », on venait répertorier tous les biens (en vue d'une vente forcée par exemple).

Donc notre plus grande difficulté aujourd'hui, c'est de pouvoir expliquer à la personne, lorsqu'on prend une mesure, que ça n'est pas une punition. Lui expliquer, donc, qu'on est là pour l'aider, pour lui apporter notre soutien, même si on va être amené, effectivement, à réduire un certain nombre de libertés – le fait de disposer d'un carnet de chèques, d'une carte bleue ; le fait de recevoir ses carnets de comptes ; le fait de devoir nous demander des informations sur sa propre situation patrimoniale ; le fait de recevoir tout son courrier (et donc, fatalement, son courrier « personnel »). Ça peut être un traumatisme pour la personne, donc notre rôle va être d'essayer de dédramatiser au maximum cette protection – de façon à ce qu'elle ne soit pas vécue ou perçue comme un échec, mais comme un soutien.

Je voulais juste revenir sur un des points cruciaux de la Loi, à savoir l'obligation de formation des mandataires judiciaires. Si on regarde bien, sur les 350 heures théoriques, il y a un module psychologie conséquent, que je trouve indispensable pour appréhender au mieux notre population, qui souffre pour la plupart d'une forte altération des facultés mentales. Et ce module m'a énormément appris, car il nous sensibilise vraiment à ce que vivent nos majeurs protégés au quotidien ou dans leur maladie, et aux conséquences que cela peut avoir – sur leurs finances notamment, ainsi que sur l'appréhension de leur quotidien. Et je trouve que le premier entretien avec les majeurs protégés est le point crucial à ne pas rater, parce qu'ils ont été prévenus de la mise en place de la mesure ; on va représenter la personne qui va les priver de certaines libertés. Il faut donc qu'à l'issue de l'entretien, on leur ait dit qu'ils ne peuvent pas conserver leur chéquier ou émettre des chèques, par exemple. Ça n'est pas toujours facile. Si les dossiers des juges des tutelles sont assez complets en termes d'informations (notamment par rapport au certificat médical), les mandataires judiciaires rencontrent en général davantage de difficultés sur ce plan, par exemple s'agissant de « l'historique » de la personne. De ce point de vue-là, le fait d'être autorisés par mandat spécial à recevoir tout le courrier de la personne est important, et instructif.

Ce qui est important également, c'est ce que l'on remet désormais au majeur protégé : la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée. On prend le temps de lire ensemble les articles, ou à tout le moins l'en-tête des articles. Cela présente au moins le mérite de mettre noir sur blanc ce à quoi la personne peut s'attendre, ainsi que ce à quoi nous sommes tenus. Je pense que la plupart des mandataires judiciaires le faisaient déjà, mais ce côté – désormais – « écrit » n'est pas anodin. La personne peut donc nous poser des questions sur le contenu de la mesure, avec cette base écrite. Et comme le disait Maître THOMAS, l'information est vraiment importante, au même titre que la communication. Un manque de communication entre une personne protégée et son mandataire peut conduire à des situations très compliquées, alors qu'un entretien avec des explications claires et concrètes peut permettre d'anticiper les difficultés pouvant être rencontrées à l'occasion de la mise en place d'une mesure de protection.

### ➤ **Le contrôle des finances des majeurs protégés**

- **Bernadette GAUTHIER, Directrice de Greffe du Tribunal d'Instance de Dijon :**

Au niveau des greffes, le contrôle des finances des majeurs protégés va passer par la vérification et l'approbation des comptes de gestion, lesquels sont établis par les représentants légaux des majeurs protégés.

Je vais vous donner quelques généralités, avant de laisser la parole à ma collègue, qui gère au quotidien cette vérification des comptes de tutelle.

L'établissement des comptes revient au représentant légal du majeur protégé, et l'ensemble des dispositions sur les comptes de tutelle est régi par les articles 510 à 514 du code civil. Le principe est que le compte, qui concerne naturellement la gestion patrimoniale, est déposé annuellement. Et comme tout bon principe, il y a des exceptions ; et notamment en matière de curatelle simple, où il n'y a pas de compte de gestion à déposer (parce-que le majeur gère, avec l'assistance de son curateur, son patrimoine). La deuxième exception au principe est la dispense de compte, qui peut être prononcée par le juge des tutelles en raison de la modicité des ressources et du patrimoine de la personne protégée. Cela concerne les tuteurs familiaux. Jusqu'en 1995, la vérification des comptes de tutelle était de la compétence des juges d'instance ; c'est ensuite devenu de la compétence des greffiers en chef des mêmes juridictions. A une exception près là aussi : quand le dossier est particulièrement complexe (en termes de consistance du patrimoine notamment), le greffier en chef peut demander au juge des tutelles de désigner un technicien, lequel sera plus particulièrement chargé de mettre en œuvre cette vérification. Un décret avait également prévu la possibilité de vérification des comptes par les huissiers de justice ; ce décret est pour l'heure peu appliqué dans les tribunaux.

Je vais laisser la parole à ma collègue, qui va vous présenter plus concrètement la façon dont on vérifie les comptes qui sont accompagnés des justificatifs nécessaires à cette même vérification.

**- Madame Annie DOLGOPOLOFF, Greffière en chef au Tribunal d'Instance de Dijon :**

Concernant la vérification des comptes, la méthode est la même pour tous les comptes, quel que soit le représentant légal (tuteur familial, gérant privé, établissement, association...).

Le départ est le solde de tous les comptes, puis les ressources et les dépenses, et enfin les soldes de fin d'exercice avec les justificatifs bancaires.

Le contenu du compte de gestion est le suivant :

- Le compte bancaire ; le législateur impose au représentant légal l'obligation de maintenir les comptes ouverts au nom du majeur protégé. Ouverture et fermeture de compte sont autorisées judiciairement au préalable, en matière de curatelle renforcée et de tutelle. D'abord, la vérification du solde de début d'exercice ; ce solde doit correspondre soit à l'inventaire, soit au solde de fin d'exercice de l'année précédente.

- L'inventaire est un élément important du dossier, il décrit l'ensemble du patrimoine de la personne majeure. Il doit être complet, et être déposé dans les trois mois du jugement de mise sous protection. Si la mesure date de plusieurs années, la vérification se fait à partir des soldes bancaires de l'exercice précédent.

- Les ressources ; les différentes ressources sont listées. Il est conseillé de joindre un justificatif de ces ressources, pour permettre le calcul des frais de gestion. La perception des revenus et leur emploi sont des actes d'administration, ainsi que le paiement des dettes, y compris par ponction sur le capital. En principe, les comptes dépendants des institutions sont justes, c'est un véritable gain de temps. L'emploi de l'excédent des revenus est un acte de disposition qui nécessite une autorisation judiciaire en matière de tutelle. Il s'agit parfois de sommes conséquentes qui figurent sur le solde du compte courant. En matière de curatelle renforcée, cet excédent est versé sur un compte bancaire à la libre disposition du « curatelaire ».

Concernant l'emploi ou le remploi des capitaux, le décret du 22 décembre 2008 considère qu'il s'agit d'actes de disposition.

Concernant les dépenses ; les différentes dépenses sont listées et précisées. Un justificatif s'impose pour toute dépense supérieure à 500 euros en ce qui concerne le Tribunal d'Instance de Dijon. Pour les dépenses de logement en EHPAD, une seule preuve du paiement du loyer est suffisante. Les vérifications portent également sur les dépenses exposées, qui doivent bénéficier à la personne protégée. On vérifie également qu'il n'y a pas de disproportion manifeste : le total des dépenses courantes ne doit pas être excessif eu égard aux revenus de la personne protégée. Elles doivent correspondre à son train de vie.

Concernant le patrimoine ; pour les opérations financières, la conformité de celles-ci avec les ordonnances obtenues est contrôlée. S'il n'y a pas d'ordonnance et qu'un acte de disposition a été accompli, le juge est saisi.

Concernant le patrimoine financier, un état du patrimoine financier avec un justificatif bancaire au 31 décembre ou à la date la plus proche est joint au compte.

Concernant le financement de la mesure ; le majeur participe au financement de la mesure de protection, s'il en a les moyens, en totalité ou partiellement. Le code civil et le code de l'action sociale et des familles en fixe les modalités.

En dernier lieu, il convient de vérifier le solde de fin d'exercice. L'opération permet d'avoir une vision juste des comptes.

« Solde de début d'exercice + ressources – dépenses = solde de fin d'exercice ».

Un tableau qui recense ces événements nous donne une situation à analyser, s'il y a un excédent sur les comptes, ou si les comptes de placement ont été modifiés.

A la suite, une décision du greffier en chef est prise ou, si des explications complémentaires semblent nécessaires, le représentant légal reçoit un courrier, ou un entretien est programmé. Si le compte est régulier et complet avec les pièces justificatives adéquates, un certificat d'approbation est établi par écrit et envoyé au représentant. Une copie figure au dossier avec le compte. Des réserves peuvent être mentionnées, par exemple en l'absence de justificatif des dépenses.

Si des difficultés subsistent (par exemple, un acte de disposition ayant été accompli sans autorisation préalable), un rapport de difficulté motivé est établi et transmis au juge des tutelles. En effet, en approuvant un compte qui présente des anomalies, le greffier en chef engage la responsabilité de l'Etat. A partir de cet acte, le greffier en chef est dessaisi du dossier. Il appartient au juge d'en tirer les conséquences : adresser des injonctions au représentant, ou le démettre de ses fonctions.

Il y a un certain nombre de points de vigilance :

Les autorisations du juge des tutelles ; pour ouvrir ou fermer un compte ; pour les placements en cas de tutelle ; l'inventaire de patrimoine.

Un solde positif trop important sur les comptes courants en fin de période attire l'attention et mériterait un placement sans risques.

Les justificatifs qui sont impératifs ; les justificatifs bancaires, ou pour les achats importants.

Tous ces points sont scrupuleusement examinés en ce qui concerne les comptes de tous les tuteurs, et occasionnent des procès-verbaux de difficulté.

### III. ECHANGES AVEC LA SALLE

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon,

- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,

- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon,

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.

**Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon :** Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de cette journée, car c'est vraiment très intéressant de confronter les différents acteurs autour de lois que l'on croit bien connaître – alors qu'en définitive, on a pu voir ce matin qu'il y avait des points nouveaux, ou qui pouvaient poser problème.

Je crois qu'il y a une dimension humaine qui a été donnée autour de cette Loi. On a parlé de l'atteinte à la liberté, de l'importance de respecter la dignité et l'identité de la personne. C'est ce qui a animé les différentes présentations de ce matin.

Je vais poser la première question : Madame LORiot a dit qu'une personne pouvait s'opposer à la mesure de protection ; elle peut donc, d'emblée, refuser ?

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** C'est vrai que sans ce certificat médical, qui est le « sésame » qui va permettre au Parquet, lorsqu'il n'y a pas de demande de la famille, de saisir le juge des tutelles, on se retrouve sans aucune possibilité ; c'est vraiment « l'écueil » : que faire si la personne refuse d'aller rencontrer le médecin inscrit sur la liste, refuse de recevoir ce dernier à son domicile ?

On trouve donc des « biais », comme a pu l'illustrer Monsieur le Docteur CAPITAIN. J'ai par exemple souvenir, étant alors en charge du service civil du Parquet, d'avoir pu écrire à une personne (dont j'estimais qu'il fallait la placer sous une mesure de protection), pour lui demander de passer à mon cabinet ; j'avais également demandé au médecin inscrit de se mettre « dans un bureau à côté ». J'ai ensuite demandé à la personne si elle ne souhaitait pas « rencontrer » quelqu'un, dans le bureau d'à côté, qui pourrait évoquer avec elle ses difficultés. Ça n'est vraiment pas loyal, c'est du détournement. Mais j'ai pu avoir ce certificat, et expliquer ultérieurement à la personne ce qu'il se passait. On en arrive donc, en effet, à trouver des « biais ». Si la personne ne vient pas, « on laisse les choses en l'état, en déshérence ».

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY** : Pour compléter cette information, je vous disais tout à l'heure qu'un arrêt de la Cour de cassation du 29 Juin 2011 est revenu sur ce qu'on faisait autrefois, les « certificats de carence » (lorsque le médecin ne pouvait pas rencontrer le patient). A partir de là, le juge passait outre, en disant que la personne que l'on voulait protéger et qui s'opposait à la mesure ne pouvait se prévaloir de sa carence pour refuser la mesure.

Avec la Loi de 2007, la Cour de cassation a été beaucoup plus restrictive ; elle estime maintenant que c'est la demande elle-même – avant, le problème se posait pour l'ouverture de la mesure – qui est irrecevable en l'absence du certificat médical. S'agissant des faits, il était question du ministère public qui avait obtenu du médecin une « simple lettre » constatant que la personne avait refusé la visite. Et la Cour de cassation a cassé (je crois, en tout cas cela s'est soldé par une irrecevabilité) la décision de la Cour d'Appel. On cherche donc à connaître la « pensée » de la Cour de cassation ; on imagine que l'on pourrait quand même substituer au certificat médical – que le médecin doit rédiger après avoir vu le patient – un compte-rendu que le médecin pourrait faire sur la base d'éléments recueillis auprès de tiers, auprès du médecin traitant, etc, et dans lequel il pourrait décrire sans avoir vu le patient la santé et l'état du patient, pour obtenir la mesure. On imagine donc que la Cour de cassation accepterait peut-être que l'on passe outre l'absence de « certificat médical » (au sens d'une visite entre le patient et le médecin), pour tout de même avoir une mesure. Dans le cas contraire, on pourrait être coincé.

**Docteur Jean-Pierre CAPITAIN, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse et Président de la Commission Médicale d'Etablissement** : Tout d'abord, pour les médecins « qui font chou blanc », il existe des honoraires de carence à 30 euros.

Sur la question des 160 euros, il faut savoir que ça a été fixé car il existait des honoraires exorbitants qui étaient quelquefois fixés par des médecins. Et je me souviens, lors d'une réunion, en présentant cette nouvelle Loi avec un représentant de l'UDAF, avoir entendu quelqu'un se plaindre d'avoir payé 600 euros pour un certificat médical. Donc, d'une certaine façon, on peut considérer que les choses progressent.

Ceci dit, ce montant de 160 euros peut paraître exorbitant, mais il est également atténué par le fait que ça n'est pas une expertise. Et en poussant encore le raisonnement, on s'aperçoit quand même que par cette question « médecin expert – médecin spécialiste – médecin inscrit », c'est la difficulté ou l'avantage qu'il peut y avoir à être à la fois le médecin traitant et faire le certificat si on est médecin inscrit ; il arrive qu'on ne « puisse pas » trancher. Auparavant, des confrères se servaient de leur qualité de médecin traitant pour déclarer ne pas pouvoir faire tel ou tel certificat – alors qu'on sait très bien que lorsqu'on suit quelqu'un, on est en possession d'éléments pertinents ; surtout si l'on se place dans la perspective du soin. Je pense qu'il faudrait laisser le médecin « confronté à sa déontologie », dans ces cas-là.

Et je souhaite revenir sur l'intervention de Maître THOMAS, que je remercie. Maître THOMAS, pensez-vous que dans cette question des difficultés pouvant être rencontrées lors de l'obtention d'un certificat médical concernant une personne s'opposant à ce qu'une mesure de protection soit prise à son encontre, l'avocat puisse avoir un rôle à jouer – une sorte « d'effet facilitateur » dans ce travail d'obtention ?

**Maître Fabienne THOMAS, avocate au Barreau de Dijon** : Nous ne sommes pas là pour « tomber dans la manipulation », car c'est bien là le risque. Cela ne me paraît pas très réaliste, comme « situation d'ensemble ». Par exemple, si la personne vous est amenée par un membre de sa famille qui vous donne pour mission de convaincre le « candidat » à la mesure de protection qu'il doit aller voir un médecin... C'est compliqué, ça doit dépendre des situations.

**Docteur RICHARD, médecin et représentant de l'Ordre des médecins** : J'interviens à la fois en tant que médecin inscrit et en tant que représentant de l'Ordre des médecins. J'aimerais avoir la précision suivante ; par votre interprétation des textes, vous savez que les médecins faisant beaucoup d'expertises ont été « un peu alertés » par le fait que le dépassement d'une certaine somme annuelle de 32 100 euros par leur propre volume d'expertise entraînerait l'assujettissement de l'ensemble de ce même volume à la T.V.A. Ils ont donc une somme à rembourser à l'Etat.

Voici, donc, ma question : quand nous sommes commis par les instances judiciaires, ou lorsque des patients viennent nous demander d'assurer ce fameux certificat circonstancié, s'agit-il d'une expertise ou s'agit-il d'un certificat ?

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY** : Il s'agit d'un certificat, car dans le cadre de l'expertise, il y a l'application du principe du contradictoire, ce qui impose que

le médecin et les assureurs soient présents dans le cadre du travail de l'expert. Alors que dans le cadre du certificat, il peut y avoir une relation confidentielle entre le médecin et le patient.

**Docteur RICHARD, médecin et représentant de l'Ordre des médecins :** Donc sur un plan fiscal, je peux confirmer à mes collègues qu'ils ne sont pas assujettis à la TVA ?

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Vous pourrez leur dire que ce ne sont pas des expertises.

**Docteur Samuel MOULARD, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Bonjour, je profite d'avoir la présence de magistrats et de psychiatres pour poser la question du secret. A mon avis, la restriction des libertés des patients sous mesure de protection ne fait pas obstacle au bénéfice du secret. Pouvez-vous, donc, préciser les dimensions de ce secret, sur le plan judiciaire, et s'agissant de la question du mandat, sur le plan de la sécurisation des données bancaires, des données personnelles des majeurs protégés ?

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Il n'y a pas de secret. Dans ces cas-là, le médecin agréé n'est pas soumis au secret, et lorsqu'il va recueillir des informations auprès du médecin traitant, le médecin traitant lui-même qui se confie au médecin agréé n'est pas soumis au secret.

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :** Bonjour, je suis le Docteur MOURAUX, Président du Conseil départemental de l'Ordre. Je ferai quelques réserves sur les propositions – très intéressantes – que vous avez évoquées, Monsieur le Président ; celles relatives aux renseignements que le médecin-inscrit peut avoir auprès du médecin traitant lorsqu'il y a un refus de consultation, de visite du patient. Il établirait un certificat « sans voir le patient » ?

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Il n'y a pas d'autre solution.

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :** Oui, mais j'aimerais connaître le sentiment des avocats et du Barreau dans ce domaine, car s'agissant de la question de la nullité, il y a vraiment matière à discuter.

**Madame Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune :** Je pense qu'on ne sera jamais saisi sur un certificat de ce type ; le juge des tutelles le rejettera systématiquement, ou le Procureur ne saisira pas le juge des tutelles. Ça s'est produit une fois ; il existe une décision de 2014 (disponible dans « le code ») d'une Cour d'appel qui a statué sur la recevabilité de ce « constat », fait par un médecin spécialiste, dans le cadre d'un renouvellement. Le majeur protégé avait refusé de se rendre à l'expertise volontairement, devant le médecin spécialiste (pour avoir le certificat médical permettant le renouvellement) et également devant son médecin traitant. Le juge des tutelles s'était rapproché du médecin spécialiste, et au vu des éléments qu'avait donné le mandataire, ils avaient établi une sorte de « compte-rendu », de « rapport », qui avait été validé par la Cour d'appel. Mais dans cette affaire, il s'agissait d'un renouvellement, et le juge des tutelles connaissait la situation. Mais je pense qu'initialement, il n'y aura jamais ce cas de figure.

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Mais que peut-on faire alors ?

**Madame Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune :** Il n'y a rien à faire.

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Alors vous avez une personne qui mérite d'être protégée, un tiers vous saisit en vous disant qu'il faut absolument protéger cette personne qui souffre de troubles importants, et donc on ne ferait rien ?

**Madame Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune :** On attend, parce-que la personne est en établissement, et un médecin spécialiste va forcément passer « par hasard » pour faire le certificat.

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Mais il faut donc qu'elle soit hospitalisée.



**Madame Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune** : Mais cela va se produire, forcément.

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or** : Mais, qu'en est-il sur le plan réglementaire ?

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY** : Nous avons trouvé la « parade » autrefois, avec la Loi de 1968, avec cette idée de « carence » – le patient « ne peut se prévaloir, en quelque sorte, de sa propre carence/turpitude ». S'il refuse, on passe outre ; on ne peut pas « ne pas lui accorder la mesure » sous prétexte que lui la refuse. Il peut ne pas avoir conscience de ce qu'il dit et fait. J'ai donc bien conscience qu'il va falloir que l'on trouve une solution.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Il ne faut pas forcément partir du présupposé qu'à partir du moment où quelqu'un nous alerte sur la situation d'une personne, cette personne sera forcément placée sous protection. On reçoit souvent des courriers de tiers, de voisins, qui nous préviennent sur l'état de santé prétendu d'une personne ; et effectivement, certaines personnes vont refuser, car elles estiment n'avoir aucun problème de santé. On n'est pas toujours dans des situations « d'extrême danger ». Ces situations extrêmes, on arrive à les « décrypter », on cherche des « biais » ; on peut demander à la police d'aider le médecin à rentrer dans la maison, par exemple. Il y a des biais quand on est dans des situations où l'on sait qu'il est indispensable d'intervenir – notamment quand on sait que c'est l'entourage de la personne qui fait blocage.

Ça me fait terriblement peur de me dire qu'un médecin-inscrit puisse rédiger une « attestation » sur la base d'éléments que des gens de l'entourage viendraient dire, sans vérifier ni avoir vu la personne. Très franchement, cela me « fait froid dans le dos ».

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY** : Cela « fait froid dans le dos » de savoir qu'une personne peut perdre de l'argent ou se faire escroquer si elle n'est pas protégée.

**Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois** : Je voudrais juste apporter quelques observations sur le rôle du médecin traitant ; il a été dit ce matin que le médecin traitant connaît parfaitement son patient. Mais il est souvent difficile pour le médecin traitant de s'opposer à quelqu'un qui fait des revendications.

Je vois deux cas de figure. Je vois tout d'abord le cas de quelqu'un qui vient me voir pour me dire qu'il n'est plus sous tutelle, car son médecin traitant lui aurait fait un certificat pour que la mesure soit retirée – alors que je constate que la personne a beaucoup de difficultés. L'autre cas de figure, c'est celui où c'est le médecin traitant qui refuse de faire ce certificat et qui demande au patient d'aller voir le médecin spécialiste.

Je pense qu'il est difficile pour le médecin traitant de jouer un rôle d'arbitre ; c'est le rôle du médecin spécialiste, il doit apprécier quelle est la meilleure situation pour la personne. Habituellement, quand je fais un certificat, je contacte le médecin traitant pour connaître son avis ; si la personne est suivie par un éducateur, une assistante sociale, je le/la rencontre ; s'il y a déjà une mesure de curatelle, je demande l'avis ; et je tiens compte de tout cela quand je fais mon certificat.

**Madame Marie-Françoise JAN, membre de l'UNAFAM 21 et représentante des usagers au Centre Hospitalier La Chartreuse** : Je suis membre du Conseil de surveillance de l'Hôpital, je représente donc les personnes concernées ainsi que leurs familles.

J'aurais plusieurs questions, que je vais tenter d'énoncer rapidement.

Concernant les personnes souffrantes ; les familles, qui voient bien la situation se dégrader, sont amenées à parler de la mesure à leurs proches. Ce sont des proches qui ont déjà eu une partie de leur « statut social » réduite, avec souvent une mesure de reconnaissance du handicap psychique. Avec cette mesure, elles voient encore leur statut antérieur être réduit. Je parle de personnes relativement jeunes, qui ont conscience des difficultés.

Nous, les familles, sommes amenées à leur dire que cette mesure n'est que provisoire ; les textes disent qu'elle peut être levée. Or, si j'ai bien compris, dans les propos qui ont été donnés, ça n'est pas si facile d'alléger une mesure. Il faut quand même entamer une procédure.

C'est pour cette raison que je me dis que si on mettait en place une limite plus longue que cette durée de cinq ans, ça pourrait amener les praticiens à modérer la durée de la mesure prononcée.

**Madame Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune** : Une mainlevée peut être demandée à tout moment, après tout.

**Madame Marie-Françoise JAN, membre de l'UNAFAM 21 et représentante des usagers au Centre Hospitalier La Chartreuse** : La deuxième chose concerne ce que Maître THOMAS préconise, c'est-à-dire l'obligation d'un avocat. Je suis tout de même plus réservée à ce sujet, car prendre un avocat n'est pas

anodin ; cela a un coût, et c'est difficile pour des personnes au budget précaire. Cela peut perturber une personne de voir une facture élevée arriver, pour un tel budget. On va le voir rapidement, d'ailleurs, avec l'obligation de prendre un avocat devant le juge des libertés. Je pense qu'il faut donc tenir compte du coût d'un avocat dans le budget d'une personne.

Les personnes n'en ont pas nécessairement toujours besoin. L'assistance judiciaire systématique n'est peut-être pas nécessaire.

Pour ce qui est des familles, avec la Loi de 2007, on a essayé de les solliciter davantage qu'auparavant dans la phase d'exercice de la mesure de protection (le fait de devenir des tuteurs ou des curateurs). Le fait de devoir avoir une attitude affective tout en étant un « régulateur de questions matérielles » pose d'après moi un problème concernant les familles. Cela crée des conflits. C'est pourquoi, en tant qu'association, on préconise davantage une personne extérieure pour cet aspect-là des mesures. Ainsi, le parent garde son rôle d'accompagnateur de la personne au quotidien.

Il y a, enfin, un dernier point que je souhaite évoquer. Cela concerne l'accompagnement des familles quand elles sont « curateur » ; elles n'ont pas de formation juridique, ce qui rend les choses difficiles.

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Je peux vous proposer une réponse, s'agissant de ce problème d'accompagnement des membres d'une famille qui sont curateur ou tuteur. Nous avons signé une convention relative au fonctionnement du service d'information et de soutien des tuteurs familiaux ; cette convention prévoit justement la possibilité d'aider ces gens (via des formations et des rencontres, notamment avec l'UDAF) dans leur démarche de devenir curateur ou tuteur. Je ne dis pas que cela marche très bien, mais on l'a prévu.

**Madame Florence DOMENEGO, Vice-Présidente chargée de l'administration du Tribunal d'Instance de Beaune :** Ça marche plutôt bien, car ils ont accès à un site Internet d'information, et dans chaque Tribunal d'Instance se tient une fois par mois une permanence à disposition des familles.

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Une question très importante également ; nous avons une grosse difficulté, s'agissant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs, en raison de leur nombre limité. Comme cela a été dit, il y a trois types de mandataires : les préposés d'établissement, tout d'abord (un établissement héberge plus de 80 personnes, et on a l'obligation d'avoir un « gérant de tutelle »). Par contre, les établissements peuvent mutualiser (un préposé peut travailler pour plusieurs établissements). Le deuxième type de mandataire judiciaire, ce sont les associations – l'UDAF, par exemple. Eux sont rémunérés par des dotations qui sont versées par l'Etat.

Et puis le troisième type de mandataire, ce sont les libéraux. Ces mandataires sont rémunérés en partie par la personne protégée lorsqu'elle dispose de ressources, sinon ils sont rémunérés par l'Etat. La difficulté, c'est que les mandataires « service » ont une dotation, ce qui fait que chaque mandataire personne physique ne peut avoir plus de 60 dossiers. Ils sont donc financés pour ce nombre de dossiers ; et si ce nombre est dépassé, ils « n'en veulent plus », car ils ne sont pas payés (davantage). Si le juge des tutelles donne davantage de dossiers, le mandataire peut « menacer » de faire appel de la décision. C'est ce qu'ils font actuellement, pour être déchargés des mesures qu'on leur confie et pour lesquelles ils ne reçoivent aucune rémunération – ce qui est évidemment compréhensible. Voilà la difficulté que je souhaitais exposer.

Il y a un plan, un schéma, qui a été adopté ; il prévoit qu'il y a en tout 27 mandataires libéraux. Il va y en avoir cinq de plus en 2014, et cinq de plus également en 2015. Cela va porter le total à 37, ce qui n'est pas beaucoup pour la Côte-d'Or. En outre, certains sont répartis sur des zones plutôt rurales, et ont donc peu de dossiers. D'autres, situés en zones plus urbaines, en ont davantage.

Par ailleurs, encore une fois, si la personne protégée n'a pas de revenus, c'est à l'Etat de payer le mandataire libéral. Cela coûte donc très cher, donc il y a une difficulté de recruter davantage de mandataires libéraux pour subvenir à nos besoins. Il faudra expliquer à la préfecture ce besoin, d'autant plus qu'ils sont payés « à la mesure ». Cela ne coûtera donc pas plus cher ; et il faudra bien qu'on en recrute.

**Docteur Jacqueline LAVALT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Je voulais poser une question d'ordre pratique, simple, et qui se pose au quotidien pour les soignants. Pour un patient hospitalisé sans consentement, qui n'a pas de famille ou de proche qui pourrait lui apporter ses affaires, ses cigarettes, jusqu'où va l'accompagnement du curateur par rapport à ce patient ? Car les demandes que les patients font obtiennent parfois des réponses positives (le curateur fait alors les déplacements et/ou achats nécessaires), parfois des réponses négatives (le curateur répondant alors que cela n'entre pas dans leur rôle). Qu'en est-il exactement ?

**Monsieur Patrice BRIYS, mandataire libéral :** Effectivement, cela ne relève pas de leurs prérogatives ; c'est vrai. Maintenant, cela ne veut pas dire qu'ils ne le font pas. Clairement, c'est au libre choix du mandataire de décider s'il va prendre sur son temps pour aller acheter des cigarettes etc. Le problème, c'est que le mandataire n'est pas corvéable à volonté : il a un rôle précis, encadré, qui consiste en une protection, du bien-être ; mais ça n'est pas un « garçon de course ». Toutefois, c'est également le rôle du mandataire « d'organiser » ce genre de choses. Aller acheter des cigarettes n'est pas son rôle, mais rien ne l'empêche

d'avoir – comme la plupart des mandataires – des prestataires de services, qui vont assumer un certain nombre de rôles.

**Docteur Jacqueline LAVAULT, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse** : Je pensais en fait davantage à la question des affaires personnelles, se trouvant au domicile du patient.

**Monsieur Patrice BRIYS, mandataire libéral** : Dans ce cadre, effectivement, ça pose plusieurs problématiques. Tout d'abord, est-ce qu'un mandataire judiciaire a le droit de pénétrer dans le domicile de la personne protégée en l'absence de cette dernière ?

Bien sûr, la plupart du temps, on a effectivement l'accord de la personne pour cela – à condition que la mesure soit acceptée. Je vois mal le mandataire pénétrer chez quelqu'un sans l'autorisation du protégé, alors que celui-ci refuse déjà la mesure. Mais, de la même façon, ça n'est pas réellement son rôle. Normalement, cela devrait – je dis bien « devrait » – être le rôle des familles, parce-que même si les familles ne sont pas forcément désignées, ça ne veut pas dire qu'elles n'existent pas. Après, il y a les cas particuliers où il n'y a pas du tout de famille, ou les cas où il faut vraiment « barrer la porte » à la famille. Cela dépend du choix du mandataire, le choix d'assumer ou pas ce type de rôle.

**Docteur RICHARD, médecin et représentant de l'Ordre des médecins** : J'ai une question relative aux personnes âgées, et aux relations avec l'EHPAD. Tout d'abord, s'agissant de l'admission de gens hospitalisés, âgés, dépendants, qui perdent leurs moyens décisionnels, et qui n'ont pas d'accompagnement familial – qui sont donc isolés –, et pour lesquels est trouvé, sur un plan médico-social, un accord en vertu duquel ils ne peuvent pas regagner leur domicile.

Il faut donc faire un passage en EHPAD ; et il se trouve que les EHPAD ne peuvent accueillir des gens que s'ils sont d'accord – ils doivent d'ailleurs signer leur demande d'admission. Et ce à quoi on assiste actuellement, c'est que les services sociaux établissent des demandes de protection légale, qui passent par les services du Parquet, avec pour objectif que les gens soient mis sous sauvegarde de justice ; et à partir de ce moment, ils passent en EHPAD, sans pour autant que la personne concernée ait donné son accord.

Ensuite, ma question porte sur les gens placés en EHPAD, qui conservent leurs moyens décisionnels, mais qui vont progressivement être amenés à les perdre. Le personnel/l'administration/le directeur de l'EHPAD va se rendre compte que cette personne demande de plus en plus d'assistance dans la gestion matérielle et administrative de sa vie ; elle est isolée, il n'y a pas d'entourage familial, et l'administration de l'EHPAD va donc faire la demande de protection légale. Je voulais donc savoir si l'EHPAD qui fait cette demande doit suivre une procédure particulière.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Non, la procédure reste la même quelle que soit la personne à l'origine de la demande.

**Docteur RICHARD, médecin et représentant de l'Ordre des médecins** : Cela passera donc par le service civil du Parquet ?

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Oui.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse** : Je vous remercie pour ces échanges. Un buffet vous attend, puis nous nous retrouverons dans cet amphithéâtre à 14 heures.

## 2<sup>ème</sup> table ronde : LES SIGNALEMENTS

Les signalements soulèvent la question de la conciliation entre la règle du secret professionnel (Art. L.1110-4 du CSP) avec celle de l'obligation de certains faits auprès de l'autorité (article 40 du CPP).

Nous verrons comment, dès lors, concilier le secret professionnel comme obligation de se taire et l'obligation de parler imposée par la loi.

### INTERVENTIONS LIMINAIRES

**- Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Je vous propose de reprendre vos taux. Cette seconde demi-journée sera plus courte, et s'achèvera autour de 16 heures. Elle sera consacrée à la question des signalements. Il n'y a pas de question plus simple et plus complexe – et plus « humaine » – que celle de savoir si l'on doit parler, ou se taire. Quelles sont les responsabilités des uns et des autres ? Nous allons éluder les interventions liminaires ; ainsi, nous aurons davantage de temps à consacrer aux interventions et aux échanges qui suivront.

## IV. LE CADRE LEGAL DU SIGNALEMENT ET LE SECRET PROFESSIONNEL

➤ **Les dérogations au secret professionnel : l'obligation de signaler :**

**- Docteur Jean-Damien BARRA, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Bonjour. J'interviens en tant qu'ancien médecin du service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier La Chartreuse, que j'ai quitté pour m'occuper désormais du CRIAVS (Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles).

Je souhaite commencer mon intervention par quelque chose de « technique » : le cadre législatif qui régit à la fois la question du secret médical et celle des dérogations à ce même secret. Je poursuivrai ensuite par quelques illustrations.

Pour rappeler quelques évidences à tous, le secret fait partie des fondamentaux de l'exercice de la médecine. Cela se vérifie dans la sphère « privée », c'est-à-dire dans le cadre de la relation entre le médecin et son patient ; ça ne peut être une relation de confiance que grâce à cette confidentialité, qui est quasi-absolue. Elle permet aussi d'augmenter la possibilité d'avoir accès aux soins, et pas seulement la qualité de l'accès aux soins. Et cela se vérifie tout autant dans la sphère publique : ce secret présente un intérêt public, en ce qu'il participe au bon fonctionnement social. Il existe dans l'intérêt général, car il permet d'élargir l'accès de la population aux soins, tout en posant le rôle institutionnel du médecin dans la société.

Le champ d'application du secret est large ; il comprend tout ce qui est entendu, vu, et aussi tout ce qui est sous-entendu, compris, déduit. Mais il y a, dans l'exercice médical, des dérogations. Ces dérogations, puisque l'on part d'une exigence très forte, ne peuvent survenir qu'en vertu d'une loi. Il faut un encadrement strict de ces dérogations.

Je vais aborder cette question sous l'angle de la pédopsychiatrie, de la protection des mineurs.

Tout d'abord, l'article 226-13 du code pénal ne s'applique pas qu'aux médecins ; c'est finalement un texte général, qui concerne l'ensemble des professions liées à un secret professionnel (et donc qui peuvent impliquer la révélation d'une information à caractère secret dans un cadre professionnel). Les peines prévues dans ce texte ne sont pas négligeables.

Le législateur a tout de même prévu des situations dans lesquelles ce cadre ne s'applique pas ; l'article 226-14 traite cette question. Lorsqu'un « détenteur » d'un secret professionnel prend connaissance de l'existence de sévices ou de crimes dont aurait été ou pourrait être victime une personne, il peut avec l'accord de la personne porter ces faits devant le Procureur de la République. La subtilité, concernant les mineurs, c'est que cela peut se faire sans l'accord de la personne mineure. Cela permet d'éviter des situations « d'emprise », car c'est compliqué de révéler un secret, même s'il est question de protéger quelqu'un.

De ce fait, on se rend compte que c'est une possibilité, et pas une vraie obligation ; cela peut poser un cas de conscience : si c'est une possibilité, « je n'y suis pas tenu ». « Certes », mais il existe tout de même des lois en France – notamment l'article 434-3 du code pénal – qui sanctionnent la non-dénonciation de crimes. Cet article, en particulier, prévoit une exception pour les gens soumis au secret professionnel. Il faut tout de même souligner que cela pourrait paraître incohérent de se dire que tout citoyen serait soumis à une obligation de dénoncer, alors qu'un médecin, qui assure quand même une certaine fonction sociale, en serait exclu.

On peut rappeler la question de la non-assistance à personne en danger qui, je crois, s'applique dans ces cas-là. Quelqu'un doit porter assistance à une personne en péril (quand bien sûr cette assistance ne le met pas lui-même en danger) ; de lourdes sanctions sont prévues si on ne met pas en œuvre des moyens pour empêcher la réalisation d'un crime : jusqu'à cinq ans d'emprisonnement, et 75 000 euros d'amende.

Finalement, cette autorisation de signalement, cette dérogation au secret médical, à mes yeux, se rapproche tout de même très fortement de l'obligation (dans le cadre légal, ou dans un cadre déontologique ou moral). Il serait difficile d'imaginer que quelqu'un ayant un certain statut social, et surtout une obligation de protection à l'égard des mineurs, ne fasse pas jouer la justice quand elle peut être là pour protéger d'éventuelles victimes.

Les modalités du signalement en pédopsychiatrie sont relativement simples ; il y en a deux principales. C'est surtout le caractère de gravité et d'urgence qui va nous amener à nous orienter plutôt vers l'une ou vers l'autre. On peut être dans le cadre d'une situation « préoccupante », qui nécessite une action sans forcément qu'il soit question d'une situation criminelle ou de danger « à court terme » ; en ce cas, on a plutôt recours à la « cellule signalement » de l'aide sociale à l'enfance au Conseil général (il existe des procédures officielles, des formulaires). Ensuite, la cellule se réunit, évalue, décide s'il convient de diligenter une enquête ou de transmettre à la justice.

Ou on peut être dans une autre modalité d'action. Par exemple, lorsqu'on s'aperçoit d'une maltraitance avérée au domicile (c'est-à-dire un danger très immédiat, vu que l'enfant y retourne en partant), ou de l'impossibilité de protéger un enfant à court terme ; ou lorsqu'on est face à des violences sexuelles ou des suspicions de violences sexuelles, il faudra « judiciariser » – on peut alors directement contacter le Procureur de la République, ou son substitut.

Je souhaitais choisir quelques exemples personnels, afin d'illustrer mon propos.

La première situation se passait à la consultation du Centre Arlequin de Beaune. Il s'agissait d'un garçon d'une dizaine d'années, que je connaissais depuis assez longtemps, pour des difficultés scolaires, une carence éducative... Une famille dans une relative difficulté sociale, mais rien de « catastrophique ». Un jour, alors qu'on allait bientôt arrêter de se rencontrer, il a demandé à me voir en privé. Ça avait l'air sérieux. Il a commencé à me parler d'un monsieur de son entourage qui l'inquiétait – je lui ai donc tout de suite expliqué la Loi, afin qu'il sache dans quel domaine il s'apprêtait à entrer. Il m'a expliqué qu'il savait parfaitement que dans ce cas, le secret allait être levé : je pense donc que l'école avait bien rempli sa mission d'information en matière de protection des mineurs.

Il en avait déjà parlé à sa famille, qui ne se mobilisait pas. Il m'a expliqué en détail les agissements d'un homme d'une soixantaine d'années, très bien inséré socialement, plutôt brillant intellectuellement, qu'il décrivait comme quelqu'un de manipulateur. Il lui a fait des propositions que lui trouvait « déplacées », et a le sentiment que c'est allé plus loin avec l'un de ses copains. Au regard de la situation, je me suis dit que c'était sans doute quelqu'un qui n'était pas sur un « acte isolé » ; j'ai donc effectué un signalement au Procureur de la République. Cela a conduit à l'arrestation, le lendemain même, du suspect, qui est passé en jugement et qui a été condamné. C'était un pédophile homosexuel ayant fait 30 ou 35 victimes connues.

Ensuite, il y a le cas assez différent d'une jeune fille de seize ans. Elle était également venue consulter au Centre Arlequin de Beaune, pour un syndrome dépressif. Après plusieurs rendez-vous, elle finira par m'expliquer qu'elle a subi un viol quelques mois auparavant. Elle fait le lien entre l'apparition de ce syndrome dépressif et ce viol, puisqu'elle dit qu'elle ne présentait pas de troubles avant. Face à l'explication du cadre légal, elle m'explique ne pas souhaiter qu'il y ait un procès, tant pour elle (qui ne souhaite pas porter cela sur la place publique) que pour son agresseur, car elle ne « souhaite pas lui nuire » – selon ses propres termes. On a tout de même choisi d'en informer la famille avec son accord. Selon elle, le risque de récurrence envers elle étant quasi-nul ; il s'agissait donc plus de lui dire que je serai gêné de ne rien faire, par rapport à d'autres

jeunes filles. On a donc trouvé une sorte de compromis assez étonnant (ça ne m'est arrivé qu'une fois de faire cela) : elle ne révélera aucune information permettant de remonter à la personne. J'ai donc fait ce signalement en lui disant qu'en effet, elle n'était pas obligée de dénoncer ; je lui ai dit qu'elle serait reçue par la police, mais que ça me paraissait à tout le moins important, d'un point de vue statistique, que l'institution judiciaire soit informée. Elle a été reçue, n'a pas dénoncé la personne auprès des gendarmes. Il y a eu un classement sans suite.

C'est finalement vers la fin du suivi, quand elle a été majeure, qu'elle nous a fait part de l'identité réelle de son agresseur. Elle était majeure, donc cela restait dans le cadre du secret.

Un dernier exemple, afin d'illustrer « l'autre » possibilité, celle du fonctionnement du Conseil Général, puisqu'il s'agissait d'une situation qui n'a pas été judiciairisée. Cela concernait un petit garçon de neuf ans qui avait été suivi au CMP pour des troubles du comportement (agitation, troubles de l'apprentissage,...). Il a pu faire part, à l'un des soignants de l'équipe, de violences répétées sur lui de la part de son frère aîné : des coups, des brimades physiques, des brimades psychologiques. Tout cela était compliqué par une séparation parentale, avec de grosses différences éducatives entre les deux parents, ceux-ci n'arrivaient pas à se « synchroniser » d'un point de vue éducatif. Spontanément, les parents n'ont pas pu tomber d'accord pour mettre en place une aide éducative à domicile ; nous avons donc été obligés de faire un signalement auprès du Conseil Général. Le Conseil Général a commencé par diligenter une action de l'assistante sociale, qui a reçu les deux parents et qui a réussi à recréer du dialogue, et qui finalement a pu amener cette famille à accepter, après médiation, une aide éducative, laquelle a porté ses fruits.

#### **- Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :**

Je voudrais revenir à la définition même du secret médical, parce-que je crois que cette notion est enfermée dans une réglementation qui ne laisse que peu de place à la conscience humaine, à la conscience du médecin. Il faut savoir que le texte de la définition a été modifié dans le dernier code de déontologie ; il est dit en préambule que « le secret médical est institué dans l'intérêt du patient ».

Je vous propose un schéma mental différent. Au lieu de mettre le secret médical « au milieu », et de placer sous ce même secret tous les interdits, toutes les autorisations, les dérogations, les obligations, mettons l'intérêt du patient au milieu. A ce moment-là, on s'aperçoit que le secret lui rend service, que le signalement lui rend service, que toutes les dispositions législatives qui entourent le secret médical sont centrées sur l'intérêt du patient. Et ça permet, avec cette démarche, de mieux aborder les problèmes particuliers qui nous sont proposés chaque jour. Est-ce que l'intérêt du patient est au milieu de votre démarche ? Votre conscience doit dicter votre conduite. Car la conscience est une façon de traiter ce que la réglementation ne traite pas ; cela s'appelle l'éthique.

Il faut donc s'élever un peu au-dessus des débats trop littéraires, et peut-être trop juridiques, pour aller au cœur de l'individu, au cœur de son intérêt. A partir de là, on pourra peut-être mieux résoudre au quotidien les difficultés qui sont proposées. A cet effet, j'introduis prématurément le professeur BONIN, qui pourra vous en parler.

Durant un débat avec les autorités judiciaires et la police, on me demandait comment on pouvait ne pas dénoncer les gens blessés par une arme feu ou une arme blanche ; cela paraît être « d'office » inscrit dans le cadre pénal. C'est vrai ; mais si on remet l'intérêt du patient au centre, on peut répondre à cette question : ce qui m'intéresse a priori, c'est que le blessé vienne se faire soigner sans crainte. Après, je pourrai tenter de le convaincre de faire les « démarches » nécessaires ; mais s'il sait que je vais nécessairement le dénoncer, il va peut-être hésiter à se soigner. J'aurai alors manqué à mon devoir de médecin.

Je vais vous donner quelques cas pratiques, car j'estime que cette façon de raisonner s'apprend.

Premier cas : le médecin apprend de son patient par aveu ou constate à l'évidence, à l'occasion de soins qu'il donne, que le malade ou blessé a commis un crime. Il a commis un crime, il nous l'a dit. L'intérêt de la société, c'est qu'il soit dénoncé ; celui du patient, c'est de ne pas être dénoncé. Cela pose un cas de conscience. Là, la réglementation « vient à notre secours » : le médecin ne doit pas dénoncer.

Second cas : le médecin acquiert la certitude que le malade ou le blessé se prépare à commettre un crime. Là, l'intérêt du patient, c'est d'abord de ne pas commettre le crime afin de lui éviter des ennuis. C'est également l'intérêt de la société. Il n'y a donc pas de cas de conscience ici : on peut dénoncer.

Troisième cas : l'admission d'un blessé par arme à feu ou arme blanche ; le médecin peut, avec l'accord du blessé, dénoncer le crime. Ça n'est pas possible sans son accord.

Quatrième cas : le vol d'enfant dans une maternité ; le médecin peut faire part à la police des soupçons qu'il a sur l'auteur du vol. L'enfant, après tout, reste un mineur qui doit être protégé. Mais le médecin ne peut communiquer la liste des femmes soignées dans le service pour stérilité. On ne doit donner aucun nom. Il faudra passer par la voie juridique normale. On ne pourra pas vous reprocher d'avoir transgressé le secret médical, car il s'agira d'une procédure de justice. « Votre » fichier pourra être saisi, comme « vos » dossiers, afin que la réponse soit trouvée.

Cinquième cas. « Appelé à soigner une femme récemment accouchée, le médecin découvre qu'un infanticide a été commis. » Si le médecin a la certitude que l'enfant est mort, il ne peut dénoncer, puisqu'il ne peut plus protéger.

Sixième cas : le médecin a la quasi-certitude ou de très forts soupçons qu'un de ses patients a subi une tentative d'empoisonnement. Si la personne ne veut pas porter plainte, le médecin ne peut le faire pour elle. En outre, il ne peut signaler, mais il doit isoler le patient pour le protéger et préciser son diagnostic. Il faut qu'il prenne des mesures « conservatrices ».

Toujours concernant ces signalements, pour des cas de sévices à personne âgée ou enfant, quand on est très ennuyé et qu'on ne peut résoudre le problème de façon aussi formelle, il ne faut pas hésiter à hospitaliser. Parce-que cela se fait dans l'intérêt du patient.

### ➤ **La possibilité de signaler : « l'option de conscience »**

**- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon :**

Mesdames, Messieurs ; chers confrères. Je remercie les organisateurs de cette journée de m'avoir demandé de venir vous parler de cette « option de conscience ». J'ai le sentiment que je vais quelque peu répéter ce qui a déjà été dit ; mais après tout, c'est mon rôle d'enseignant, donc je me sentirai sans doute à l'aise.

Je répète d'ailleurs ce qu'a écrit le professeur Portes, à propos du secret médical : « Il n'y a pas de médecine sans confiance, pas de confiance sans confiance, pas de confiance sans secret ». En effet, le respect du secret s'impose à tout médecin dans sa pratique. Il est nécessaire pour que s'installe la relation thérapeutique – et a fortiori pour le médecin psychiatre.

Le secret professionnel est défini par le code de déontologie, par le code de la santé publique, par le code pénal. Un article punit la violation du secret professionnel : l'article 226-13 du code pénal. Et l'article suivant, l'article 226-14, précise un certain nombre de dérogations. On va essentiellement s'intéresser à « l'option de conscience », l'autorisation de révéler. L'article prévoyant des sanctions n'est pas applicable lorsqu'il est question d'informer les autorités médicales, judiciaires ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles, infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger (en raison de son âge, ou d'une incapacité physique ou psychique).

Le deuxième point concerne le médecin, qui avec l'accord de la victime porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession, et qui lui permettent de présumer que des violences (physiques, psychiques ou sexuelles) ont été commises. Il n'y a pas besoin de cet accord lorsque la victime est mineure.

Le troisième point concerne les patients qui possèdent une arme à feu, ou qui envisagent d'en acquérir une. Là, ce sont tous les professionnels de santé ou de l'action sociale qui ont la possibilité d'informer le préfet.

Ces signalements aux autorités compétentes ne font donc pas l'objet de sanctions disciplinaires ou pénales.

Revenons tour à tour sur ces trois points, ces « permissions de la loi ».

S'agissant de la révélation de sévices, cela concerne vraiment tout citoyen. Mais il s'agit d'une possibilité et pas d'une obligation. Il y a un article qui réprime la non-dénonciation des sévices, mais il exclut les personnes tenues par un secret professionnel. On a la possibilité, pas l'obligation. Et, comme cela a été suggéré, quand des situations sont difficiles à apprécier en une seule consultation, l'hospitalisation peut effectivement être un moment d'attente avant le signalement, quand on sent qu'il y a besoin de protéger la personne. Il faut aussi rappeler, comme Jean-Damien BARRA l'a fait, qu'en cas de constatation de sévices infligés à un mineur ou à une personne vulnérable, un médecin ne saurait rester passif sans encourir les peines prévues par le code pénal. Je pense que ce sujet mérite d'être discuté ; d'ailleurs, en préparant cette

intervention, des questions me sont restées sans réponse. Je suis donc d'autant plus content d'être parmi vous aujourd'hui.

S'agissant des armes à feu, quelquefois la situation peut être difficile ; quand par exemple un patient a une arme de service, et qu'il est déprimé. Jusqu'à présent, on a toujours réussi à convaincre le patient de remettre son arme.

Le nouveau code pénal « dit », s'agissant de l'option de conscience, que le secret professionnel intervient en premier. Ainsi, la personne tenue au secret a la « faculté » de déterminer « en conscience », selon les cas, quelle conduite doit être suivie, puis d'apprécier si l'obligation de dénonciation justifie ou non la révélation du secret professionnel. La décision de signalement est en définitive laissée à la seule conscience du médecin (une « réflexion éthique personnelle »).

Je voulais poser une question à partir de ce que j'ai pu lire dans un article. A partir du moment où on fait un signalement, le témoignage serait libre : je n'en suis pas totalement convaincu.

**- Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** intervient : Le témoignage est libre ; mais on a « le droit de se taire ».

**- Professeur Bernard BONIN, Chef de Service du service Psychiatrie Générale et Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon :**

D'accord. On est donc quand même dans un dilemme, avec le choix de parler ou de se taire. Il faut revoir le secret professionnel dans l'intérêt du patient, mais aussi dans la protection de la victime et de l'ordre public. Le Conseil de l'Ordre dit que si l'information est donnée, elle doit être nécessaire, pertinente, et non excessive. Elle doit vraiment être circonscrite au fait concerné. Donc certaines personnes disent que l'option de conscience est un moyen d'éviter de rompre le lien thérapeutique, et donc d'éviter que les auteurs de sévices hésitent à faire soigner la victime (s'il s'agit de leur enfant, par exemple). Et l'hospitalisation peut être un moyen de se donner du temps pour réfléchir. Il y a vraiment beaucoup d'aspects à prendre en compte. En consultation, ça peut par exemple être l'auteur des violences et non la victime qui nous parle des faits commis. Tout dépendra de la situation : les faits sont-ils évoqués ? Sont-ce des faits constatés ? Quelle est la nature de ces faits, de ces problèmes ?

J'ai choisi de ne pas insérer d'exemple, car je me disais que cette intervention pouvait être l'occasion d'échanger sur les situations que chacun a pu connaître dans l'exercice de sa profession. Ce qu'on a par exemple eu, ce sont des patients hospitalisés pour des « bouffées délirantes » ou des psychoses du post-partum, et qui se révélaient incapables de reprendre, au moins à court terme, l'éducation de leurs enfants. On a alors pu faire des signalements ; ça s'est parfois bien passé, mais dans d'autres cas il y a eu une rupture des consultations, du lien thérapeutique, de la prise en charge.

Une autre composante à prendre en compte tient à l'ancienneté ou au contraire à l'actualité des faits, voire à leur imminence. Il faut se dire qu'une intervention immédiate peut parfois être nécessaire. J'ai également pu lire que les agents des services sociaux de l'enfance seraient, eux, tenus de révéler ce genre de faits. L'option de conscience ne s'appliquerait ainsi pas à eux.

On peut rappeler que lorsque la situation connue du patient constitue un péril au sens de l'article 223-6 du code pénal, il existe une obligation absolue d'agir en faveur de la victime. De même, dans le code de santé publique, s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, on doit – sauf circonstances particulières – alerter les autorités judiciaires, médicales, ou administratives.

Enfin, on peut évoquer la relation entre le médecin et le malade. C'est une relation complexe, unique ; elle est sous-tendue par des phénomènes, par des mouvements affectifs conscients et inconscients, qui vont du soigné vers le soignant (c'est ce qu'on appelle « le transfert »), mais aussi du soignant vers le soigné (le « contre-transfert »). Et cette relation peut être mise à mal lorsque l'on choisit de rompre le secret professionnel. Et on arrive, donc, à ce que l'on appelle des « phénomènes négatifs » ; c'est-à-dire que le patient va perdre confiance. Et souvent, on a des mécanismes plus ou moins conscients de rejet, par rapport à des situations qui nous préoccupent. L'alliance thérapeutique est donc vraiment mise à mal.



L'option de conscience, c'est donc choisir entre la faculté de se taire et le droit de parler, sans sanction pénale ou disciplinaire. Et on peut rapprocher cette démarche de la dénonciation de crime, ou du témoignage en faveur d'une personne innocente.

En conclusion, je prendrai appui sur les mots de deux personnes, issus de deux professions différentes. Carol JONAS, psychiatre, a écrit : « Il n'est pas toujours facile de savoir quelle décision prendre ; il est probable que c'est beaucoup plus la conscience que le droit qui doit dicter la conduite du médecin ». Thierry MASSIS, avocat, a écrit : « Le secret professionnel doit être protégé dans toute sa dimension. La loi le prévoit. La conscience doit la mettre en œuvre. »

Je vous remercie de votre attention.

**- Docteur Jean-Damien BARRA, Pédiopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse** intervient :

J'aimerais rebondir sur ce que vous venez d'énoncer, et notamment sur la différence entre le secret médical et le secret professionnel. C'est quelque peu épineux, mais je dirais volontiers que le secret professionnel est destiné à protéger la société, la collectivité. Le secret médical a une dimension éthique un peu différente, puisque l'on a dit qu'il existait dans l'intérêt de la personne. Il y a donc un « bénéficiaire prioritaire » sur les autres. Les mesures dérogatoires, quant à elles, sont destinées à protéger la collectivité (en cas de maladie contagieuse, par exemple). C'est l'avis que j'ai sur cette question.

➤ **Le signalement en établissement de santé :**

**- Madame Isabelle ROMEY-GUILLAUMIN, Gestionnaire de Risques au Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Bonjour à tous. Je suis gestionnaire de Risques aussi, j'ai une approche un peu différente du signalement, n'étant pas médecin.

C'est vers moi que viennent tous les « signalements » d'événements indésirables des professionnels de l'établissement, et c'est donc à moi de les exploiter. Et il est parfois nécessaire de faire de ces « signalements », des signalements à l'ARS, ou au Procureur, voire à ces deux institutions simultanément. Ces signalements me viennent des professionnels de santé, ou d'autres professionnels de l'établissement. Cela se fait par le biais d'une « fiche » d'événement indésirable, ou par le biais d'un appel téléphonique. Cela peut parfois prendre la forme d'un rapport circonstancié ; un directeur de garde peut également m'interpeller sur tel ou tel événement. J'ai donc, en premier lieu, un rôle d'enregistrement de ces signalements effectués par les professionnels.

Ensuite, après réception, il peut être nécessaire de « creuser » davantage l'information, laquelle est parfois rapportée de façon partielle et/ou partielle. Je vais donc prendre contact avec les cadres de santé, avec les médecins, pour savoir ce qui s'est passé plus précisément. Il va également falloir objectiver les faits, car il arrive que ceux-ci soient rapportés « sous le coup de l'émotion » (les faits et l'opinion peuvent alors se confondre, naturellement). Je vais devoir différencier le factuel, le ressenti, et l'opinion – ces trois éléments d'information seront utiles, nécessaires, mais ils ne seront pas traités de la même façon. Pour le signalement futur (s'il y en a un), les faits seront placés au premier plan.

Une fois que j'ai recueilli ces éléments, j'alerte ma collègue – absente aujourd'hui – juriste, puisqu'il s'est passé quelque chose impliquant potentiellement un patient, il peut y avoir une réclamation de ce dernier, ou de la famille (et cela peut aller jusqu'au contentieux). Par ailleurs, ses compétences juridiques me permettent d'orienter ma réflexion, afin de déterminer si d'un point de vue légal, il y a lieu d'effectuer un signalement, ou pas. J'alerte également la direction, afin que cette même question soit, à terme, tranchée.

Suite à cela, je prépare le signalement. Il faut le rédiger, et les mots sont très importants. Suite à la rédaction, je transmets le signalement au Directeur, qui en dernier lieu choisira de signaler l'événement ou non.

Ma dernière tâche est d'assurer le suivi de ce signalement. Il s'agit, en premier lieu, d'assurer sa traçabilité, de conserver « en mémoire » toutes les pièces du dossier. Cela permet de retrouver à tout moment chacun des éléments d'un signalement (ce qui est utile lors des phases de communication avec l'ARS, ou avec les forces de police, par exemple).

Je procède à deux sortes de signalements : les signalements à l'ARS, et les signalements au Procureur de la République.

Le signalement à l'ARS a un rôle d'information et d'alerte. Je vais signaler tous les événements comportant une plainte, ou susceptibles de donner lieu à une plainte. De la même façon, je vais signaler tous les événements susceptibles d'être médiatisés. Il peut s'agir d'événements perturbant l'établissement (par exemple, l'inondation de l'établissement, de l'année dernière). Ce signalement est fait à l'aide d'une fiche normalisée ; il reste très factuel.

L'autre type de signalement est moins « administratif ». Le signalement fait au Procureur vise à protéger les victimes, par le biais d'une alerte lancée au Procureur. Il s'agit de protéger les victimes vulnérables, en incapacité de se défendre. On signale les événements susceptibles de faire intervenir la justice ou les forces de l'ordre. Ici, il n'existe pas de fiche « pré-remplie », nous rédigeons un courrier, travail effectué à plusieurs. Le choix des mots est déterminant.

Les signalements faits à l'ARS ont donc un aspect très administratif : ils contiennent un descriptif des faits, qui est horodaté. Le signalement est anonyme. Il précise les démarches effectuées par l'établissement suite à l'événement (en matière de secours, en matière d'amélioration de la prise en charge des risques...). Les signalements faits au Procureur ne sont pas anonymes, l'identité des personnes impliquées/concernées doit figurer dans le courrier envoyé, dans le respect de la réglementation en vigueur. On peut joindre des pièces annexes, comme la F.E.I (Fiche d'Événement Indésirable) ayant été remplie.

Mon travail est sans doute « plus administratif » que celui d'un médecin, mais nous gardons à l'esprit que derrière ces signalements, il y a des personnes, des victimes, et un contexte spécifique. Nous cherchons à ne pas porter préjudice aux acteurs de l'événement lorsque l'on choisit les mots.

Pour finir, je souhaitais partager avec vous quelques chiffres. J'ai été étonnée du nombre relativement faible de signalements. Étant donné la charge émotionnelle liée à certains types d'événements, j'ai peut-être surestimé le nombre total de signalements. Cela représente à peu près un signalement par mois pour les signalements effectués auprès de l'ARS, et quelques-uns par an pour les signalements effectués auprès du Procureur de la République.

## ➤ Le rôle de l'ARS

### **- Monsieur Alain MORIN, Directeur de la Santé Publique à l'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté :**

Personnellement, j'ai l'impression qu'il y a un décalage entre ce qui a pu être dit sur l'ARS durant cette journée et mon véritable rôle. En fait, les signalements qui nous parviennent restent très divers en termes de gravité : cela peut aller de l'inondation à l'accident de la route, en passant par la simple chute.

L'ARS poursuit un travail de prévention, afin d'améliorer les pratiques des établissements : cela concerne la prévention de la maltraitance, la promotion de la qualité de la prise en charge, le suivi des travaux d'évaluation internes et externes des établissements médico-sociaux... Les travaux de l'ARS portent aussi sur la question des accréditations des laboratoires d'analyses médicales et des certifications des établissements sanitaires, ou encore sur la promotion des programmes de bientraitance. Par ailleurs, on essaie d'entamer des programmes d'amélioration de la qualité en collaboration avec des libéraux (par exemple, des audits-croisés entre dentistes).

Il apparaît en fait que l'ARS est perçue comme le « méchant administrateur » par les établissements. Par conséquent, nous avons mis en place d'une Structure Régionale d'Appui (S.R.A), afin d'épauler les établissements : le but est de créer un lien de confiance. Dans le même état d'esprit, on a créé un département « Qualité et sécurité des soins ».

S'agissant de la question du contrôle, l'ARS est investie de missions d'inspection et de contrôle dans plusieurs domaines, couvrant ainsi un champ très vaste : le domaine sanitaire, le domaine ambulatoire, mais aussi le domaine médico-social. L'ARS procède notamment à des contrôles sanitaires (contrôle de l'eau, lutte contre l'habitat insalubre, ...), ou à des contrôles du respect de la déontologie des professionnels libéraux dans l'exercice de leur profession. L'ARS mène environ 400 inspections et contrôles par an.

Concernant les signalements, l'ARS en reçoit environ 200 par an : c'est donc relativement peu, surtout en comparaison du nombre de plainte dans les établissements. En réalité, l'ARS intervient davantage en « deuxième niveau », quand les situations se révèlent être particulièrement complexes. Cela vise notamment les cas d'accidents médicaux. Il peut également s'agir de situations de défaut de prise en charge ; par exemple, on a pu être confronté au cas de la perte d'un nouveau-né de sept jours, en raison d'un problème de prise en charge. S'agissant des signaux internationaux, on en compte environ 1700 par an.

Quel que soit le niveau d'intervention de l'ARS, on s'efforce de favoriser un échange d'informations avec d'autres structures, et avec d'autres partenaires (les assurances-maladie, à titre d'illustration).

Suite à la survenance d'une situation « complexe », l'ARS peut engager des investigations, en mobilisant des experts. Ce travail d'investigation doit permettre d'identifier les causes de l'événement, afin de mettre au point une solution pour éviter que ça ne se reproduise. Il y aura alors également un travail de suivi, afin de vérifier que l'établissement a bien mis en place les structures de gestion des risques.

Nous avons essayé de centraliser le traitement et la réception des réclamations et des plaintes, grâce à un système national. Mais il arrive que l'on ait du mal à gérer ce traitement, généralement lorsque la plainte dépasse un certain seuil de gravité ; le cas échéant, on déclenche une inspection, dont on assurera ensuite le suivi. Ces inspections représentent 50% de la charge de travail.

Un programme régional, élaboré sur les bases du programme national, permet de tenir compte des priorités régionales et des spécificités locales.

L'ARS peut également procéder à des inspections non programmées, « improvisées ».

En fait, et ça me gêne d'avoir à le dire, on n'a traditionnellement pas une culture portée sur la transmission d'informations au Procureur de la République : cela doit représenter deux cas sur un total de 400 inspections et contrôles par an.

L'ARS assure le suivi de ces inspections-contrôles. L'aspect administratif des suites ainsi données aux inspections-contrôles est en fait « segmenté » : un rapport contradictoire assorti d'injonctions faites à l'établissement est mis au point ; l'ARS peut procéder à une mise en demeure adressée à cet établissement. Une suspension d'exercice professionnel peut être décidée, tout comme l'engagement de mesures disciplinaires. Mais concernant ces suites données aux inspections-contrôles, notre motivation principale reste de réussir à pousser les établissements à s'améliorer.

Par ailleurs, en vertu de l'article 40 du code de procédure pénale, des suites pénales peuvent être données suite à une inspection ; comme tout fonctionnaire, on est tenu à cette obligation de signalement au Procureur, indépendamment des considérations d'ordre hiérarchique – même si, « culturellement », nous ne nous situons pas réellement dans cet état d'esprit en France.

Progressivement, on essaie de fonctionner différemment. Par exemple, 2% de l'effectif est désormais affecté à ce travail d'inspection et de contrôle. Actuellement, l'enjeu principal est également de parvenir à mieux cibler les établissements à inspecter.

Une fois que l'inspection a été menée à bien, une commission est chargée de s'assurer, au bout d'un certain délai (six mois, un an...) que des améliorations ont été apportées. La confiance est une chose, mais il faut parfois « revérifier » que tout a bien été mis en place.

### ➤ Les suites données au signalement

**- Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

En écoutant les intervenants depuis le début de cette journée, je me suis dit que les temps ont bien changé. Avant, quand psychiatrie et justice parlaient, notamment, de secret médical, les discussions entre professionnels dégénéraient régulièrement : « on » s'invectivait, etc.

Le Procureur de la République a un rôle à jouer, mais il faut comprendre qu'il ne cherche pas à tout prix des faits et événements à dénoncer et par le biais desquels engager des poursuites. On ne se situe pas dans

cette optique-là. J'ai d'ailleurs apprécié l'intervention de Monsieur le Docteur MOURAUX, au sujet de l'intérêt du patient. Cette problématique peut être comparée à celle de l'intérêt de l'enfant : il s'agit d'une logique similaire. Et dans ces domaines, on peut effectivement être confronté à des cas « extrêmes » ; des intérêts supérieurs peuvent alors nous pousser à intervenir, quelle que soit notre profession.

Mais signaler un événement au Procureur est parfois facile pour le professionnel, les dilemmes n'intervenant évidemment pas dans toutes les situations pouvant se présenter à lui. En revanche, quand on se trouve dans une situation où l'on apprend de quelqu'un qu'une personne peut être dangereuse, mais que l'individu ne souhaite pas en parler, un dilemme se crée. Le bénéfice de la confidentialité pour le patient peut poser des problèmes.

Ce que je voulais également dire, c'est que ce n'est jamais innocent pour une personne de révéler un secret à quelqu'un. Parfois, après s'être confiée, la personne peut demander au professionnel de ne rien révéler : c'est évidemment problématique. Il pourra alors s'agir, pour le professionnel, d'établir le dialogue avec la personne, en cherchant à lui expliquer qu'il est important de parler, et en l'orientant vers les institutions appropriées.

Je pense que rien n'est dit par hasard. Tout le monde a des secrets. A partir du moment où l'on parle, on crée une brèche, la source d'un travail pouvant être effectué par le dialogue. La personne pourra être amenée à comprendre l'intérêt de la révélation de ce secret.

J'aimerais ensuite apporter des précisions concernant la question des signalements. Il faut comprendre tout d'abord que pour pouvoir « faire quelque chose » du signalement, il faut y trouver un certain nombre d'éléments. Ainsi, un signalement anonyme fait au Procureur est inutile ; il n'est pourtant pas si rare de lire un signalement dans lequel il est question de tel ou tel acte commis par « Monsieur X ». Il est impossible de tirer quelque chose de ce genre de signalements.

Il est nécessaire de donner des informations sur la personne (son régime d'hospitalisation, par exemple). Il faut pouvoir déterminer dans quel cadre on se situe. L'idée est la même s'agissant des faits à rapporter : on ne demande pas aux auteurs du signalement de résoudre le problème. Il faut essayer de ne pas aller au-delà de ce qui vous est rapporté. Sinon, cela peut conduire, consciemment ou non, à prendre position. L'établissement n'a pas à mener une enquête, c'est le rôle de la police. Le signalement doit être effectué « simplement » : n'essayez pas de qualifier les faits, car cela peut biaiser le travail qui sera ensuite effectué par les autorités. Si besoin est, ces autorités sauront demander des compléments d'information aux personnes concernées.

Il faut donc bien comprendre qu'on ne demande pas l'avis de la personne auteure du signalement sur les faits.

Lorsque je reçois ces signalements, deux cas de figures peuvent se présenter. A la lecture d'un signalement, il peut d'ores et déjà y avoir une suspicion d'infraction pénale. Dans ce cas, ma réaction est de transmettre le cas à un service enquêteur ; la procédure suivra ensuite son cours, et je déciderai s'il y a lieu ou non de donner une suite à ce signalement.

Le deuxième cas de figure concerne les signalements dont le traitement s'avère plus délicat, voire des signalements dont on ne se sait pas trop quoi faire. Par exemple, lorsque des voisins se plaignent d'un majeur protégé qui cause des troubles de voisinage : le signalement peut alors être transmis au juge des tutelles, qui pourra demander au curateur ou au tuteur de discuter avec le majeur protégé, ou de proposer des solutions. D'autres courriers peuvent poser des problèmes de traitement. Il arrive, bien entendu, de lire des courriers au contenu délirant ; mais il arrive également de ne pas pouvoir savoir avec certitude si la personne est réellement en danger à la seule lecture du courrier.

Enfin, j'aimerais aborder un dernier point, très rapidement. Quand une situation vous pose problème en tant que professionnel, il y a deux « personnes », deux institutions vers lesquelles vous tourner, et qui sont à votre disposition : le Conseil de l'Ordre, et le Procureur de la République (ainsi que le substitut du Procureur). Il m'est arrivé que des médecins me présentent une situation (en l'ayant rendue « abstraite » par précaution), afin de savoir si un signalement serait approprié ou non. Il est possible de discuter de façon moins formelle, moins « tracée », quand cela est nécessaire et utile à l'établissement d'un dialogue constructif. Le but n'est pas de dénoncer les gens à tout-va, mais de défendre l'intérêt du patient, et d'améliorer sa prise en charge.

**- Madame Emilie BIANCALANA, Commissaire de Police de Dijon :**

Je suis commissaire de police, et chef du service d'investigation.

Les autorités de police remplissent trois missions principales : constater les infractions, identifier les auteurs et les remettre à la justice, et protéger l'ordre public. C'est dans le cadre de ces missions que nous pouvons être amenés à intervenir dans vos établissements.

La saisine des services de police peut être directe, quand l'événement est grave par exemple ; le Procureur ne se place pas dans tous les cas de figure en intermédiaire entre l'établissement et les services de police.

Il semblerait que la majorité des signalements soient effectués après une longue phase de réflexion ; j'ai d'ailleurs trouvé l'intervention de Madame ROMÉY-GUILLAUMIN intéressante.

Me concernant, ce que l'on me demande, c'est d'établir la vérité, afin de pouvoir présenter au Procureur un dossier qui lui permette de trancher. Au quotidien, c'est donc un travail plutôt « terre à terre ». Par le fait, notre intervention peut effectivement être vue comme intrusive ; cela peut générer des incompréhensions, des situations difficiles à appréhender pour le personnel. Je profite en tout cas de cette intervention pour rappeler que lorsque l'on intervient en cas de flagrance, il ne faut surtout pas polluer la scène d'infraction le temps que les équipes arrivent. Il faut autant que possible éviter que des personnes ne transitent sur les lieux. Par ailleurs, il est primordial de bien garder en mémoire le déroulement des faits.

Madame la Procureure de la République, Madame TARRARE nous précise les modalités d'enquête et d'investigation. Il est fréquent de devoir creuser certains détails, préciser des informations, d'en vérifier d'autres. Il faut comprendre que le but n'est pas de vous bloquer dans votre travail ; il s'agit de mener l'enquête à bien.

Les modalités de déroulement des auditions sont variables ; s'agissant des mises en cause, il y a le droit à un avocat, le droit de se taire. Il nous est également possible d'auditionner des témoins sous contrainte pour une durée de quatre heures (cela se fait généralement lorsque nous soupçonnons la personne d'être l'auteur des faits).

Il est vrai que dans certaines affaires, cet aspect du travail d'investigation peut paraître choquant : les questions posées à la victime vont être très détaillées, ce qui peut être difficile à comprendre et à accepter pour le praticien (je pense notamment aux cas de viol). J'aimerais donc rappeler que ces questions sont nécessaires : il faut pouvoir matérialiser les faits.

La question du discernement se pose également. Nous n'avons pas forcément besoin de connaître la pathologie de la personne de façon très précise ; il faut que l'on sache dans quel cadre cette pathologie se situe. Et même s'il s'agit a priori d'une pathologie abolissant temporairement ou définitivement le discernement, l'enquête doit se faire ; et elle se fera de la même façon. Cela se fait dans l'intérêt de la société, de la victime, et de l'entourage de la victime.

**- Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Ce qui peut également être difficile à accepter, à appréhender, c'est lorsque l'on est dans une hypothèse d'irresponsabilité pénale. L'entourage de la victime peut se sentir complètement abandonnée.

**- Madame Emilie BIANCALANA, Commissaire de police de Dijon :**

Concernant à nouveau cette question des signalements, il arrive parfois que ceux-ci ne soient pas assez détaillés ; encore une fois, il nous faut des précisions sur l'identité des personnes concernées et impliquées. Dans certains cas, cela peut s'avérer très problématique, et on peut être contraint d'interroger « tout » le personnel d'un établissement, afin de retrouver un témoin potentiel par exemple. C'est quelque chose de compliqué, évidemment, mais cela peut en outre générer de fortes tensions entre les professionnels et les autorités de police.

Cette journée a vraiment été intéressante ; j'ai tout particulièrement apprécié de pouvoir entendre le point de vue de personnes issues de professions différentes. On s'aperçoit que l'on considère certaines choses très différemment en fonction de la profession exercée dans ce domaine.

## V. ECHANGES AVEC LA SALLE ET CLÔTURE

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon,  
- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,  
- Marie-Noëlle LORIOT, Vice-Procureure de la République,  
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.

**Question adressée à Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Sauriez-vous nous dire combien de signalements sont effectués ?

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Je ne saurais vous le dire ; on sait combien d'affaires arrivent, mais on n'identifie pas leur nature (signalement, ou autre). Je parlais tout à l'heure des violences conjugales : parfois, ce sont des associations qui font la démarche de signaler des faits directement au Procureur de la République.

**Question :** La problématique du secret médical a été abordée. Mais, s'agissant des mandataires judiciaires à la protection de la personne, la question du secret professionnel n'est apparemment pas résolue à l'heure actuelle. Par conséquent, comment doit-on se positionner, et jusqu'où peut-on nous demander des informations sur la vie de la personne protégée ?

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Vous n'aurez pas à aller raconter la vie intime du majeur que vous protégez : cela concerne sa vie privée, l'utilisation qui est faite de son argent, ses relations sentimentales... Vous n'avez pas à révéler, sauf – comme le disait le Docteur MOURAUX – si cela se rapporte à l'intérêt de la personne. Cela étant, je pense qu'en effet, la situation des mandataires n'est pas des plus faciles ; il serait important que vous puissiez bénéficier d'un secret professionnel pour être plus « à l'aise » pour vous positionner dans la relation avec le majeur protégé que vous assistez.

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** L'avantage que présente le secret est conséquent : si la personne se confie, c'est parce qu'elle sait que le professionnel ne va pas révéler ce qui lui est dit, et va devoir conserver ce secret. Lorsque la personne parle avec un mandataire, elle n'est pas dans la même « démarche ».

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :** Lorsque l'on est face à ce type de dilemme, ça n'est pas évident. Je pense qu'il faut renverser la question ; « Si je ne le fais pas, est-ce que ma conscience sera plus légère, ou pas ? »

Très souvent, la Loi ne nous fournit pas la « méthode ». « Je suis témoin, j'ai appris quelque chose ; si je ne le dis pas, comment vais-je dormir ce soir ? »

Ce genre de situation m'est arrivé. J'ai par exemple été amené, en tant que conseiller ordinal, à empêcher un médecin d'exercer alors qu'il en avait le droit ; et ce, en dehors de toute procédure. On a mis en place un blocage par lettre recommandée, mais qui n'aurait pas tenue face à un juriste. Nous l'avons fait parce que cet homme était d'une insuffisance professionnelle notoire, et il souhaitait s'installer en médecine générale alors qu'il n'avait pas fait de médecine depuis 35 ans ; il bénéficiait d'une sorte de « Hiatus » dans cette procédure. On se disait qu'il pouvait nous attaquer, car administrativement il « avait raison ». Peu m'importait : le cas échéant, je serais allé au Tribunal Administratif. Je ne pouvais pas dormir en sachant que cet homme allait soigner des enfants. Je plaiderai pour dire que la santé des patients passe avant la sécurité que le règlement nous impose. Ainsi, on se détache parfois du texte.

**Docteur Jacqueline LAVault, Psychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Je souhaitais faire une première remarque. Les médecins sont déliés du secret professionnel, mais uniquement pour tout ce qui a un rapport avec « l'événement ». A chaque fois que j'ai été convoquée au commissariat de police, je n'ai pas eu de souci. Le commissaire de police était évidemment chargé de me poser des questions, mais je n'ai jamais été « forcée » de révéler quoi que ce soit qui ait un rapport avec la maladie du patient, ou de donner des informations plus précises. Il existe un respect réciproque sur ce que l'on peut dire et sur ce que l'on ne peut pas révéler.

Ensuite, je souhaitais savoir quel était le « devenir » des signalements que l'on fait. Plus particulièrement, j'ai constaté que l'on avait fait un signalement à l'ARS et au Procureur, sur la question d'un trafic de stupéfiants dans les services. Cela nous pose de gros problèmes de prise en charge dans certains services fermés. Je souhaitais donc savoir quelle suite vous envisagiez de donner à ce signalement, car les équipes attendent une « suite » après un signalement.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** C'est bien que vous preniez cet exemple du trafic de stupéfiants. On peut utiliser ça comme un exemple sur ce que peut dire et ne pas dire un médecin. Un médecin qui soigne un toxicomane sait pertinemment que ce dernier se drogue – ce patient achète donc des stupéfiants, ce qui est une infraction. On n'attend évidemment pas du médecin qu'il dénonce son patient. On attend de lui qu'il soigne, qu'il encadre. Si ce même patient se trouve dans un établissement de santé, et organise dans cet établissement un trafic de stupéfiants, l'obligation est de dire qu'il se passe quelque chose.

Je ne sais pas si vous faites référence à une enquête en cours actuellement ; s'il y a eu un tel signalement, une enquête a été diligentée. Si l'enquête aboutit, un certain nombre de personnes pourront le cas échéant être mises en cause, et il appartiendra au Parquet de décider des suites à donner à l'affaire (pas nécessairement des suites pénales : des mesures alternatives, des mesures de soins,...etc. peuvent également être prises). Mais peut-être que l'affaire à laquelle vous faites référence a déjà été traitée ; mais nous n'avons peut-être pas renvoyé à l'établissement un retour sur ce que nous avons fait – nous avons des progrès à faire sur ce point dans le secteur de la Justice.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :** Nous avons parlé tout à l'heure de tout le chemin parcouru sur la question des signalements, et des dialogues entre psychiatrie et justice. Monsieur MORIN a également expliqué toute la démarche que les établissements de santé ont mise en place avec l'aide des pouvoirs publics pour améliorer la gestion des risques. Nous avons travaillé pour que les signalements puissent être transmis de façon assez homogène, et après des investigations assez équilibrées. Nous avons progressé, notamment sur cette idée des signalements.

Des pistes ont été évoquées : des protocoles de gestion des risques, des protocoles « établissement de santé – police » (qui traiteront de la difficile question de l'étendue du pouvoir de police dans un établissement de santé). Cela ne donnera peut-être pas réponse à tout, mais offrira un cadre plus sécurisant; Parce-que finalement, sur cette question des signalements, ce qui est le plus difficile à maîtriser, ce sont les peurs, les émotions. Ces éléments peuvent être atténués par une méthode de mise au point des protocoles.

**Question :** S'agissant des patients en état d'ébriété, on a eu l'occasion de signaler le cas d'un patient qui était ivre au moment de sa sortie de l'établissement, et qui est reparti en voiture. Nous avons « appelé le 17 », mais ce cas n'a pas été pris en charge par les services que l'on a contactés.

**Madame Emilie BIANCALANA, Commissaire de Police de Dijon :** En théorie, c'est effectivement le 17 qu'il faut appeler.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Sans me faire l'avocat du diable, peut-être que la façon dont a été formulé cet appel peut expliquer la « réponse » obtenue. En effet, s'il a par exemple été dit qu'une personne se trouvait ivre dans son véhicule, cela ne constitue pas *stricto sensu* une infraction. C'est le fait de conduire qui est une infraction.

**Madame Emilie BIANCALANA, Commissaire de Police de Dijon :** En revanche, pour être honnête, on ne peut gérer l'intégralité de ces cas d'ébriété sur la voie publique. Je suis désolée de dire cela, mais ces cas

sont en réalité trop nombreux. On interpelle donc principalement les gens troublant l'ordre public. Par exemple, la fête de la musique est une bonne illustration des limites quantitatives de notre action dans ce domaine.

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :** Nous avons eu l'occasion, notamment dans les Commissions médicales du permis de conduire, de voir des personnes repartir au volant ivres ou avec un constat d'inaptitude totale. Nous avons demandé au Préfet comment agir, mais apparemment la loi ne nous permet pas de les dénoncer dans ces situations. En fait, il ne faut pas se placer en tant que médecin, mais en tant que citoyen ordinaire. Ainsi, en insistant sur le fait d'être témoin d'un cas d'ébriété au volant, le cas est perçu différemment : il est question d'un citoyen assistant à des faits.

En revanche, si vous savez pertinemment – après diagnostic d'ébriété – que la personne, lorsqu'elle va sortir, va reprendre sa voiture, la situation est moins claire, il est vrai.

**Madame Emilie BIANCALANA, Commissaire de Police de Dijon :** Quoiqu'il en soit, la prochaine fois, il faudra tout de même appeler à nouveau le 17. Mais je peux à tout le moins faire remonter cette information à la personne qui gère la salle d'informations (et qui reçoit donc les appels), en attendant. Peut-être que l'on aurait pu s'occuper de cette personne dans le cadre d'une « ivresse publique et manifeste ».

**Docteur Thomas WALLENHORST, Psychiatre au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois :** Je voudrais simplement donner quelques exemples, en tant qu'addictologue. Il m'est arrivé de dire à une personne que je ne la laisserai pas repartir, que je l'hospitalisais. Et quand la personne a dit qu'elle allait reprendre le volant, j'ai pu appeler quelqu'un pour m'aider à dissuader la personne de reprendre le volant. J'ai également pu menacer une personne ivre souhaitant reprendre le volant que j'appellerai la police sur le champ si elle reprenait la route dans cet état. C'est une action de civisme. Une personne conduisant dans cet état est dangereuse.

## CLOTURE DE LA JOURNEE :

**Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon, Claude CONSIGNY :** Faire la synthèse de tout ce qui a été abordé aujourd'hui est une tâche ardue. Mais je ne peux que me féliciter de l'organisation de cette journée. Le résultat est épatant. Ce qui m'intéresse le plus, en fait, c'est de voir une telle diversité parmi les participants et intervenants. C'est cette diversité qui est importante : il ne faut oublier aucun maillon, tout le monde a sa place dans cette grande chaîne d'application du droit de la protection des majeurs. Il n'existe pas une place « noble » des magistrats, qui seraient détenteurs de toute la vérité. Il s'agit d'une œuvre commune. La participation de tous ces acteurs au cours de la journée me réjouit.

En outre, cette journée a permis de casser un certain nombre d'idées préconçues : par exemple, il n'y a pas une opposition systématique entre les médecins et la police. C'est au cours des échanges que nous avons aujourd'hui, que nous voyons cela, et c'est grâce à ces échanges que nous pourrions mieux travailler ensemble.

Enfin, je vous félicite, Monsieur le Directeur ; vous avez été à la hauteur de la tâche – non seulement pour la qualité des échanges, mais également pour ce buffet de midi.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :** Un petit mot de remerciement à Monsieur CONSIGNY, à Madame TARRARE pour le temps qu'ils nous ont consacré ; et à tous les professionnels présents avec nous pour cette journée. Le respect par tous du rendez-vous de ces journées Psychiatrie et Justice est un beau message de reconnaissance, et nous y sommes très sensibles. Nous avons beaucoup apprécié les échanges, leur franchise, leur justesse. Nous avons pu percevoir, à travers ces échanges, le chemin parcouru dans le respect mutuel, et le travail en commun.

Nous tenons à mettre au point les Actes de cette 2<sup>ème</sup> journée, afin de garder une trace de ces échanges et interventions. Nous espérons que ces traces seront partagées (peut-être sur Internet), pour créer des liens entre le champ médical, le champ de la justice, le champ médico-social.



Et puis, comme vous l'avez esquissé, Monsieur le Président, nous envisageons déjà de mettre au point une 3<sup>ème</sup> journée. Nous en parlions d'ailleurs avec Monsieur le Docteur BESSE, Chef du service de Pédopsychiatrie. Peut-être pourrait-on faire porter cette 3<sup>ème</sup> journée sur les questions qui concernent les mineurs, ainsi que sur l'observatoire de la bientraitance.

N'hésitez pas à faire passer des messages d'évaluation de cette journée, voire des idées, pour que cette 3<sup>ème</sup> journée puisse se réaliser positivement.

Un grand merci à toutes et à tous et bonne fin de journée.

# BIBLIOGRAPHIE

## Centre de Documentation



Bibliographie

### PREMIERE PARTIE : LA REFORME DES TUTELLES : ENJEUX, IMPACTS ET PERSPECTIVES

*Juin 2014*

---

Mots-clés utilisés :

LOI DU 5 MARS 2007/ CERTIFICAT MEDICAL/MAJEUR PROTEGE/ PROTECTION  
JURIDIQUE/REFORME

---

ZALEWSKI, Vivien DELRIEU, Sabrina

#### **Droit des mineurs et des majeurs protégés**

Ellipses : Paris, 2010. - 185. - (Droit notarial)

**Résumé** : Le droit des incapacités est singulier par rapport aux autres matières du droit civil puisqu'il relie la personne et les biens et met en exergue le rôle de la famille et celui de l'Etat. La loi du 5 mars 2007 sur la protection des personnes vulnérables est un texte qui a réformé l'ensemble de ces règles. Sa particularité est de conserver la structure existante tout en admettant des nouveautés induites par l'évolution de notre société et de la matière juridique. Cet ouvrage contient de nombreux exemples jurisprudentiels, des cas pratiques et des points de droit approfondis qui ponctuent les développements théoriques. [D'après le résumé de l'auteur]

---

ARS Pays de la Loire

**L'accompagnement des majeurs protégés atteints de troubles psychiques : guide de bonnes pratiques. Destiné aux professionnels des services de psychiatrie et aux mandataires judiciaires de la région des Pays de la Loire** [document électronique]. - 2014. - 28.

---

ARS NORD-PAS DE CALAIS

**Autorisation de soin des majeurs protégés en milieu hospitalier** [document électronique] /, Auteur. - 2013. - 33.

---

FRESNEL, Florence

#### **Certificat médical du médecin agréé et mise sous protection des majeurs à protéger ou protégés**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n°541 (2011). - 41-46

Alors qu'on dénombrait en 1968 environ sept mille personnes incapables majeures, le chiffre d'un million de personnes placées sous protection, en 2010 est avancé. La loi du 5 mars 2007 a enrichi les trois mesures de protection - sauvegarde de justice, curatelle, tutelle- et introduit au cœur du dispositif la dignité de la personne. En conséquence, la procédure de mise sous protection du majeur est particulièrement formalisée

et nécessite, sous peine d'irrecevabilité de l'instruction du dossier par le juge des tutelles, la production d'un certificat médical du médecin agréé. Quelles sont les spécificités de ce certificat ? Les conditions requises pour être médecin agréé et inscrit sur la liste établie par le procureur de la République ? Comment mieux former les médecins à la rédaction du rapport médical circonstancié ? [D'après le résumé de l'éditeur]

---

[s.n.]

**Secret professionnel : savoir le garder, savoir le partager**

PRESCRIRE vol 31 n°332 (2011). - 461-464

---

HUFFSCHMITT, L

**Les certificats médicaux dans la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique du majeur**

INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 85 n°7 (2009). - 667-674

Annoncée depuis plusieurs années, alimentée par de nombreux rapports successifs, la refonte de la loi de 1968 a finalement été votée le 5 mars 2007. Elle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. C'est l'occasion de présenter certains éléments de ce texte, sans innovations majeures, de préciser le rôle du médecin ainsi que le contenu et la forme des certificats médicaux. [Résumé d'éditeur]

---

COLLECTIF

**Dossier : la réforme de la protection des majeurs. Textes d'application : les conséquences pour l'hôpital**

ACTUALITES JURISANTE n°65 (2009). - 3-30

---

LAUNAT, D; RIGOUSTE, F; DUPONT, N; CANUTI, C; PAVIOT, I; PERREVE, E

**Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs : de nouvelles libertés pour l'usager ; quelle responsabilité, quelle protection, quelle citoyenneté ?**

PRATIQUES EN SANTE MENTALE vol 55 n°1 (2009). - 51-52

---

VENCHIARUTTI, L.

**Le mandat de protection future**

REVUE DE L'INFIRMIERE n°147 (2009). - 32-34

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le mandat de protection future qui est issu de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique de majeurs, est applicable. Il permet à chacun d'organiser, par anticipation sa protection et ainsi d'éviter le recours à une mise sous tutelle ou curatelle en cas d'incapacité. [résumé d'auteur]

---

FRESNEL, F

**Le médecin et le droit des majeurs**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n°529 (2009). - 38-43

---

VEIL, C

**La réforme des mesures de protection juridique**

AIDE SOIGNANTE n°103 (2009). - 9-10

---

---

GENOT POK, I

**Réforme de la protection des majeurs : synthèse du dispositif réglementaire**

GESTIONS HOSPITALIERES n°486 (2009). - 321-326

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

---

MANANGA, Francisco

**Sur les mesures d'application de la réforme de la protection juridique des majeurs**

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL n°3 (2009). - 536-549

---

MOKRANI, M

**La loi du 5 mars 2007 concernant la protection de l'enfance**

NERVURE : JOURNAL DE PSYCHIATRIE vol 21 n°6 (2008). - "1 ; 3-4"

---

TURQUOIS, V

**Le mandat de protection future : un contrat pour l'avenir [dossier]**

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°1155 (2008). - 11-15

---

LEFEUVRE DARNAJOU, K

**Réforme de la protection juridique des majeurs : enjeux et perspectives**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n°524 (2008). - 63-71

---

MAUGER VIELPEAU, L; MIKALEF TOUDIC, V; FOSSIER, T; FAVIER, Y; JACOPIN, S; DUMERY, A

**La réforme des tutelles [dossier]**

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL n°5 (2008). - 807-850

---

DUPUY, O

**Informations relatives aux usagers : partage entre professionnels**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n°519 (2007). - 59-64

---

SA, S

**Majeurs vulnérables : les mesures de protection juridique**

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°1119 (2007). - 13-21

---

COLLECTIF

**Majeurs vulnérables : le nouveau dispositif de protection [dossier]**

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°1106 (2007). - 15-21

---

COLLECTIF

**Majeurs vulnérables : le nouveau dispositif de protection. Suite et fin [dossier]**

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°1107 (2007). - 15-21

---

FRESNEL, F

**Médecin choisi et protection juridique des majeurs**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n°517 (2007). - 51-55

---

JONAS, C

**La réforme de la tutelle aux majeurs protégés**

NEUROPSY NEWS vol 6 n°2 (2007). - 86-90

## Centre de Documentation



Bibliographie

## DEUXIEME PARTIE : LES SIGNALEMENTS

*Juin 2014*

---

Mots-clés utilisés :

SIGNALEMENT/SECRET/SECRET PARTAGE

---

RAMBAUD, C; HOLLEAUX, C

### **La responsabilité juridique de l'infirmière**

Rueil-Malmaison : Lamarre, 2014. - XVII-271.

Les auteurs, spécialistes du droit des malades et du droit hospitalier, répondent clairement à toutes les questions que se posent les infirmiers, de façon concise. Ils s'appuient sur des jurisprudences et des références précises. [d'après le résumé d'auteur ou d'éditeur]

---

DEVERS, G.

### **Droit, responsabilité et pratique du soin**

Rueil-Malmaison : Lamarre, 2013. - 295. - (Droit et pratique du soin)

Le soin est créateur de lien et les soignants sont des acteurs engagés de la vie sociale. Leur quotidien donne sens aux valeurs sociales les plus essentielles : protection de la personne, intimité, solidarité, responsabilité, consentement, secret... Préoccupés du contenu de la règle de droit, ils doivent aussi savoir apprécier les logiques fondamentales du droit. Le droit, œuvre de la civilisation, est une préoccupation naturelle pour les soignants. Leurs responsabilités sont d'abord et avant tout le contrecoup de leurs compétences. [Résumé de l'auteur]

---

BRUYERE, Benoît

### **Les psychologues et le secret professionnel**

Paris : Armand Colin, 2011. - 158.

ISBN 978-2-200-25591-6.

**Résumé** : La question du secret professionnel, sans cesse posée aux psychologues, soulève des enjeux cliniques importants. Chaque psychologue doit respecter le secret professionnel en vertu de son Code de déontologie qui n'a toutefois pas de force contraignante. Il est donc indispensable d'examiner le droit qui contredit parfois ce Code de déontologie. À l'appui d'illustrations judiciaires et cliniques, l'ouvrage présente de façon précise les situations récurrentes - telles que signalement et non-dénonciation des maltraitances infligées aux mineurs, non-assistance à personne en péril - dans lesquelles le psychologue doit respecter le secret, celles dans lesquelles il peut ou il doit lever le secret, et enfin celles où la question du secret ne se pose pas. Futurs psychologues, psychologues en exercice trouveront pour la première fois rassemblées

dans un seul ouvrage des perspectives juridiques, cliniques et éthiques, indispensables pour éclairer leur pratique. Benoît Bruyère, diplômé de droit et de relations internationales, ancien collaborateur d'un avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, est psychologue hospitalier au Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse.[résumé éditeur]

---

VERDIER,

P

### **Le secret professionnel en travail social et médico-social : après les lois de 2007 sur le 'secret partagé'**

Paris : Dunod ; [S.I.] : Ed. Jeunesse et droit, 2008. - 164.

La question du secret professionnel est l'une des plus délicates auxquelles sont confrontés les acteurs sociaux contemporains alors même que les termes de leur mission sont de plus en plus souvent difficiles à tenir. Le législateur a modifié la loi pénale au moins six fois depuis 1994, sans compter les entorses au secret instillées dans d'autres codes pour inciter, sinon obliger, les professionnels à transmettre ce qu'ils savent. Parfois avec de justes motifs, mais dans certaines circonstances avec le seul souci de répondre à l'émotion. Le secret professionnel est toujours une réalité, mais les possibilités ou les obligations de s'abstraire de son respect se sont multipliées. L'ambition de cet ouvrage est donc de rappeler les règles du jeu, mais surtout de les expliquer en restituant leur sens. Il offre les cadres du raisonnement afin que les intéressés découvrent eux-mêmes les réponses aux questions concrètes auxquelles ils pourront être confrontés. [Résumé d'éditeur]

---

NAVES, P; RABIN COSTY, G; BRIAND, C; LIANOS, F; NELIAZ, L; OUI, A

### **La réforme de la protection de l'enfance : une politique publique en mouvement**

Paris : Dunod, 2007. - 294. - (enfances).

La loi du 5 mars 2007 reformant la protection de l'enfance est un texte fondateur d'évolutions sensibles. Il permet de porter un regard renouvelé sur l'importance sociale des difficultés rencontrées par des centaines de milliers d'enfants. Grâce à cette loi, le Code de l'action sociale et des familles comporte désormais une vraie définition de la protection de l'enfance, et met en avant la notion "d'intérêt de l'enfant" qui doit "guider toute décision le concernant". Pour mieux mettre en lumière la cohérence de cette nouvelle loi, l'ouvrage : expose les fondements des 40 articles de la loi, leur portée concrète mais aussi leurs limites ; détaille le renouvellement des modalités d'intervention au service des enfants et de leurs parents ; explicite les nouvelles conditions d'intervention des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la protection de l'enfance. Rédigé par des auteurs ayant tous participé à cette réforme, cet ouvrage est à la fois un mémento et un livre de réflexion. Au-delà du strict commentaire de la loi, il propose explications et mises en perspectives sur l'ensemble des questions importantes qui relèvent également de la protection de l'enfance : le parrainage d'enfants, la création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), la professionnalisation des assistants familiaux.

---

HIRSCH, E , Directeur de publication; MAGENDIE, JC, Directeur de publication.

### **Ethique, justice et médecine**

Paris : Espace éthique ; [S.I.] : Vuibert, 2005. - 351.

Cet ouvrage aborde l'éthique sous différents angles de recherches : transparence, secret, respect du privé ; responsabilité face à la décision ; autorité et exercice du pouvoir ; demande de mort ; logiques sécuritaires ; intégrismes.

---

LE DEFENSEUR DES DROITS,

**Usagers de la santé, votre santé, vos droits** [document électronique] - 2014. - 128.

---

DEVERS Gilles,

### **Secret professionnel : la jurisprudence de référence**



OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT n°209 (2012). - 13-15

Le droit, c'est la loi et la jurisprudence. S'agissant du secret professionnel, cette approche est très pertinente, car la base textuelle du secret, à savoir la définition par le code pénal, est inchangée depuis plus de deux cents ans...C'était l'article 226-13 dans une rédaction inchangée sanctionnant la trahison des secrets confiés [résumé d'auteur] Analyse de 4 arrêts rendus à propos d'affaires médicales transposables à toutes les professions de santé.

---

[s.n.]

**Secret professionnel : savoir le garder, savoir le partager**

PRESCRIRE vol 31 n°332 (2011). - 461-464

---

DAADOUCH, Christophe; PUECH, Laurent

**Secrets à partager [Dossier]**

ECOLE DES PARENTS n°590 (2011). - 18-34

---

BRUYERE, Benoît

**Le psychologue doit-il signaler les faits de maltraitance et assister les personnes en péril ?**

JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°277 (2010). - 55-59

La loi impose au psychologue de protéger les révélations obtenues sous le sceau du secret dans l'exercice de sa profession, mais aussi de révéler les faits dont la commission porterait atteinte à l'intégrité physique ou psychique de ses patients : ainsi doit-il se taire et respecter le secret, ou le lever et procéder à un signalement ? [résumé d'auteur]

---

RENARD, MR

**Droits et obligations des personnels face à la maltraitance des personnes âgées en institution**

SOINS GERONTOLOGIE n°77 (2009). - 13-15

---

BECK, H; BOIFFIN, A; ALMA

**Réflexions sur les objectifs de la sensibilisation des témoins au phénomène de la maltraitance**

GERONTOLOGIE n°149 (2009). - 33-39

---

CHAUDIEU, I; ELGUIZ, F

**Secret partagé : lever la confusion**

TSA n°5 (2009). - 15-22

---

VAILLANT, C.

**Secret professionnel et signalement des maltraitances**

REVUE FRANCOPHONE DU STRESS ET DU TRAUMA vol 9 n°4 (2009). - 266-270

Que recouvre la notion de secret professionnel, que peut-on dire ou ne pas dire quand on y est soumis ? Que faire plus précisément quand on a connaissance de maltraitance dans le cadre de son activité, couverte par le secret professionnel ? Doit-on ou peut-on se taire, doit-on ou peut-on signaler ? Et si oui, comment ? Autant de questions que se posent régulièrement les professionnels. L'articulation des multiples

---

textes, leur évolution et leur complexité ne rendent pas la réponse aisée au premier abord. Il faut avec patience retrouver le sens de ces notions pour finalement y trouver son chemin et pouvoir agir.[résumé d'auteur]

---

BLOCH, F; DAMASE, N; KIFFEL, C; LE BELLER, A; RABIER LEBRUN, P; SCHWALD, N; SPIVAC, Y

**Le signalement rapide des patients âgés par les services à l'Equipe Mobile de Gériatrie est-il un critère pertinent de qualité ?**

REVUE DE GERIATRIE vol 34 n°7 (2009). - 541-545

---

DEVERS, G

**Pas de secret sur le secret**

OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT n°163 (2008). - 7-9

La question du secret professionnel est à la fois essentielle et d'une grande complexité. Essentielle, qu'il n'y a pas de relation de soin possible sans un strict respect de la règle. Mais complexe, car la règle du secret se trouve naturellement en situation de contradiction. [résumé d'auteur]

---

DUVERGER, P, Directeur de publication; LAURU, D, Directeur de publication

**Le secret [dossier]**

ENFANCES & PSY n°39 (2008). - 10-128

La première partie de ce dossier consacré au secret l'aborde à partir d'expériences d'équipes de soins sur le thème de : comment travailler avec le secret dans l'institution. La deuxième partie fait le point sur la législation actuelle sur le secret professionnel et le secret partagé dans le cadre de la protection de l'enfance et des soins aux mineurs. La dernière partie traite du secret dans la pratique clinique : secret de famille, secret des origines, secret de soi.

---

EGLIN, M.

**Secret partagé en protection de l'enfance : le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007**

ENFANCES & PSY n°39 (2008). - 65-75

Le secret professionnel est une interdiction pénalement sanctionnée de révéler certaines informations. Les contours n'en sont pas toujours bien connus par les personnes qui y sont soumises. Après un rappel des règles générales du secret professionnel, seront exposées les exceptions qui autorisent ou imposent la révélation des informations confidentielles. Les deux lois du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et relative à la prévention de la délinquance prévoient chacune des obligations et des autorisations de révéler des informations à caractère secret qui s'ajoutent à l'état du droit antérieur. La compatibilité de ces deux lois est sujette à controverse et l'articulation des différentes obligations qui en résulte est complexe. Leur application dans l'intérêt des familles et des enfants nécessitera qu'une réflexion collective soit menée dans les services et les collectivités territoriales. [résumé de l'éditeur]

---

VENCHIARUTTI, L; CHEVILLOTTE, J

**Le secret professionnel**

REVUE DE L'INFIRMIERE n°139 (2008). - 31-33

---

BECK, H; BOIFFIN, A

**Témoign de maltraitance : que faire ?**

GERONTOLOGIE n°145 (2008). - 39-47

---

MELON, E; PUECH, L; GATTEGNO, P; DUBASQUE, D; MUNDAYA, L; PARRAVANO, P; EGLIN, MC; MONTANT, P; PALAZZO CRETOL, C; PRATS, V; RICHARD, N

**Déontologie, secret professionnel, quelles évolutions et quel partage de l'information ? [dossier]**

REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL n°227 (2007). - 7-126

---

CUDENNEC, T; BURRE CASSOU, D; COIGNET, L; JOANNES, A; PELLASSY TARBOURIECH, D; FEDUCHE, E; LOFFREDO, ML

**Mise en place d'un dispositif de signalement des maltraitances à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne Billancourt (92)**

SOINS GERONTOLOGIE n°65 (2007). - 36

---

COLLECTIF

**Secret professionnel : du devoir de se taire à la révélation [dossier]**

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°1126 (2007). - 19-27

A la suite des deux lois du 5 mars 2007 qui ont instauré le secret partagé et de nouvelles obligations de divulgation, dans quelles circonstances les professionnelles de l'action sociale peuvent-ils ou doivent-ils révéler des informations confidentielles ?

---

COLLECTIF

**Secret professionnel : du devoir de se taire à la révélation [dossier-suite]**

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°1127 (2007). - 15-20

Suite et fin du dossier consacré au secret professionnel. Dans certains cas, les professionnels peuvent choisir de divulguer une information confidentielle. Dans d'autres, ils sont tenus de parler.

---

PONTE, C.

**Confidentialité et secret professionnel en établissement de santé**

SOINS n°710 (2006). - 22-24

Le droit à la confidentialité des informations le concernant est un droit fondamental du patient. Il implique une obligation pour les professionnels de santé : le respect du secret professionnel. Dans quel cadre cette obligation s'applique-t-elle et existe-t-il des exceptions ? Dans quelles conditions peut-on faire circuler des informations et que risque-t-on en cas de violation ? Enfin, quelle est la place de la famille ? Réponses à ces questions que se posent les soignants au quotidien. [résumé d'auteur]

---

LACOSTE, D, Directeur de publication

**Le secret partagé**

SOINS PSYCHIATRIE n°247 (2006). - 37-39

---

MACREZ, P

---

## **Le secret professionnel**

AIDE SOIGNANTE n°77 (2006). - 24-25

Une approche simple mais globale de la notion de secret professionnel et de secret partagé au regard de la loi du 4 mars 2002

---

AVELINE,

L

## **Le secret professionnel face à l'évolution du cadre de soins**

OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT n°151 (2006). - 9-10

Principe élémentaire de la relation de soins, le secret constitue un garant de la confiance indispensable entre un professionnel de santé et son patient. Cette obligation de discrétion s'inscrit dans le cadre du respect de la personne, afin de la protéger et en aucun cas pour protéger le professionnel. Si la dispense de soins dans le cadre de réseaux ou de filières s'est développée considérablement ces dernières années, la notion de secret partagé reste floue et les droits du patient au secret encore mal garantis. [résumé d'auteur]

---

BOPP LIMOGES, C; GRETH, P; WEIBEL, H

## **Protection de l'enfance en danger : qu'est-ce qui détermine le signalement ? A propos de 30 situations**

INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 82 n°3 (2006). - 211-218

---

[s.n.]

## **Le secret professionnel**

CAHIERS HOSPITALIERS n°216 (2005). - 20-21

---

GERBER, S

## **Johanne ou un secret mal partagé**

COQ HERON n°172 (2003). - pp 70-76

---

LE LOHER, P

## **De la confiance au secret partagé autour du soutien de la parentalité**

NERVURE vol 15 n°2 mars (2002). - pp25-27

---

TANGUY, E; GARCETTE, C; DOURGNON, L

## **Quelles limites donner au partage de l'information ?**

REVUE FRANCAISE DE SERVICE SOCIAL n°205 juin (2002). - pp 7-27

---

[s.n.]

## **Secret professionnel : violation, éléments constitutifs, secret partagé**

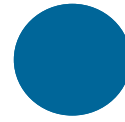
TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES n°805 novembre (2000). - pp 5

---





JUSTICE



PSYCHIATRIE

3<sup>ème</sup> Journée d'échanges

**Psychiatrie & Justice**

**Les actes**

**Jeudi 18 juin 2015**

Centre Hospitalier La Chartreuse  
1 boulevard Chanoine Kir - DIJON

Journée organisée par





# Sommaire

## Première table ronde : LES CONSEQUENCES DE LA SEPARATION PARENTALE SUR L'ENFANT : DE L'IMPACT SUR LA SANTE MENTALE AUX REPONSES DONNEES PAR LA JUSTICE

---

\* **Intervention liminaire** .....page 121

- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Christophe LANNELONGUE, Directeur de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne,
- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon,
- Jean-Jacques BOSCH, Procureur Général près la Cour d'Appel de Dijon,

### I) PREMIÈRE PARTIE : LA MISE EN PLACE DE LA MESURE

• **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 123  
Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales et Madame Marie-Cécile RAMEL, Vice-Présidente, Juge des enfants : **L'enfant justiciable devant le Juge aux affaires familiales et devant le Juge des enfants.**

• **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 127  
Maître Céline PIZZOLATO, Avocat au Barreau de Dijon : **L'enfant assisté et représenté par son avocat.**

• **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 129  
Docteur Marie-Alix DORLET, Pédiopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse : **L'enfant en souffrance et son appréhension par la pédopsychiatrie.**

### II) DEUXIÈME PARTIE : LE RÔLE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

• **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 132  
Pascale FAIVRE, Cadre technique Enfance, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Conseil Général de Côte d'Or : **Le rôle de détection des professionnels.**

• **5<sup>ème</sup> intervention** : .....page 135  
Thierry BAS, Procureur de la République Adjoint en charge des mineurs et Delphine THIOURT, Cellule de l'Enfance en Danger et des Urgences (CEDU), Conseil Général de Côte d'Or : **Le traitement des signalements de l'enfant en danger.**

### III) TROISIÈME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon  
- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,  
- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.

## Deuxième table ronde : L'ADOLESCENT VIOLENT : LA NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE CONJOINTE DE LA JUSTICE ET DE LA PEDOPSYCHIATRIE.

---

I) PREMIÈRE PARTIE : LA DÉLINQUANCE INFANTO-JUVÉNILE : LES RÉPONSES PÉNALES, ÉDUCATIVES ET PÉDOPSYCHIATRIQUES.

• **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 141  
Céline BRION, Juge des enfants au Tribunal de Grande Instance de Dijon et Jeanne DELATRONCHETTE, substitut du Procureur de la République : **La réponse judiciaire : la justice pénale des mineurs.**



- **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 147  
Corinne LAMBEY MARTIN, Directrice Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Côte d'Or et Saône et Loire, **L'intervention éducative dans un cadre judiciaire.**
- **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 151  
Docteur PINOIT, expert judiciaire inscrit près la Cour d'Appel de Dijon : **Les expertises psychiatriques et les enjeux éthiques.**
- **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 152  
Docteur Pierre BESSE et Docteur Audrey PINGAUD, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse. **La prise en charge spécifique des adolescents en psychiatrie.**
- **5<sup>ème</sup> intervention** : .....page 153  
Table ronde : Céline BRION, Juges des Enfants au Tribunal de Grande Instance de Dijon / Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse / Jeanne DELATRONCHETTE, substitut du Procureur de la République / Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon : **L'obligation de soins pour un mineur.**

## II) DEUXIÈME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

Modérateurs : - Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de DIJON,  
- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,  
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,

- **Clôture** .....page 155

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES - DOCUMENTS DISPONIBLES AU CENTRE DE DOCUMENTATION DU CH LA CHARTREUSE

« Les conséquences de la séparation parentale sur l'enfant : de l'impact sur la santé mentale aux réponses données par la justice » .....page 158

« L'adolescent violent : la nécessité d'une prise en charge conjointe de la justice et de la pédopsychiatrie » .....page 168

# 1<sup>ère</sup> table ronde : LES CONSEQUENCES DE LA SEPARATION PARENTALE SUR L'ENFANT : DE L'IMPACT SUR LA SANTE MENTALE AUX REPONSES DONNEES PAR LA JUSTICE

Les divorces et les séparations sont des enjeux majeurs de la vie de chacun. S'ils concernent au premier chef les adultes, les enfants en sont régulièrement, et bien malgré eux, des victimes collatérales. Quelle est la place de ce justiciable atypique ? Quel est l'impact du conflit parental sur la santé psychique du mineur ?

## INTERVENTIONS LIMINAIRES

**- Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Monsieur le Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon,  
Monsieur le Procureur Général près de la Cour d'Appel de Dijon,  
Monsieur le Président du Tribunal de Grande Instance,  
Madame la Procureure de la République,  
Monsieur le Directeur de la Santé Publique de l'ARS,  
Monsieur le Bâtonnier,  
Mesdames et Messieurs les magistrats,  
Mesdames et Messieurs les représentants d'administrations ou d'associations partenaires,  
Monsieur le Président de CME,  
Monsieur les chefs de Pôle,  
Mesdames et Messieurs,

C'est avec grand plaisir que je vous accueille pour ces troisièmes journées d'échanges Psychiatrie et Justice. Un remerciement particulièrement chaleureux à Monsieur le Président de la Cour d'Appel et à Monsieur le Procureur Général qui nous font l'honneur d'ouvrir ces journées. Nous avons été contraints d'établir un nombreux clausus compte tenu de la taille limitée de l'amphithéâtre de l'ancien IFSI de la Chartreuse, ce qui est bien sûr injuste dans la mesure où il n'y avait pas d'épreuve académique pour départager les candidats. Nous transmettrons bien sûr les actes aux personnes qui se sont inscrites trop tardivement et réfléchirons sans doute à un autre lieu pour les quatrième journées. Ce qui serait dommage bien sûr, car il est tout à fait symbolique que des journées d'échange aient lieu dans un établissement en santé mentale et en psychiatrie disposant d'une salle d'audience, et où le Juge des Libertés et de la Détention rend une justice de proximité qui permet de garantir que les soins sans consentement sont réalisés sans « internement arbitraire », dans le respect de libertés publiques. Nous avons pu mesurer, avec la visite récente du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés combien cela était exigeant pour nos établissements de soins.

Ces troisièmes journées porteront sur deux sujets très sensibles :

- les conséquences de la séparation parentale sur l'enfant, de l'impact de la santé mentale aux réponses données par la justice, ce matin.
- L'adolescent violent : la nécessité d'une prise en charge conjointe de la justice et de la pédopsychiatrie, cet après-midi.

Je laisse aux intervenants, de très grande qualité, de cette journée, le soin de replacer ces problématiques à leur juste place pour que nos travaux soient riches et féconds.

Je souhaiterai en introduction évoquer l'importance prise par les journées d'étude Justice Psychiatrie dans les différentes régions. Si l'on fait une petite recherche internet – et ça nous rend bien sûr modestes- nous constatons qu'à Lille, Toulouse, Marseille ils en sont aux 4<sup>èmes</sup>, 5<sup>èmes</sup> ou 6<sup>èmes</sup> journées et que les thèmes sont de plus en plus variés. Je cite quelques exemples : à Lille les troisièmes journées ont abordé le principe de précaution, la clinique psychiatrique et la clinique criminologique et les questions de responsabilité dans les décisions ; les 6<sup>èmes</sup> journées à Marseille, étaient centrées sur les interactions entre le parcours judiciaire et le parcours de soins, avec des questions autour du partage du secret, des jeux de pouvoir, des résistances et des positionnements. Cela a été l'occasion d'échanges autour des pratiques respectives, des compétences, des nouveaux modes de communication, de la construction des partenariats et du travail collectif quand le parcours judiciaire devient aussi parcours de soins.

A Lille, lors de la 5<sup>ème</sup> journée, la récidive, les rechutes et répétitions ont été questionnées avec les problématiques liées aux sorties de prison, les phénomènes de répétition, que ce soit pour les passages à l'acte hétéro ou auto agressifs.

Dans d'autres régions le sujet des adolescents difficiles a été abordé avec des thèmes comme celui de savoir si le recours aux soins est une façon de rendre la justice, ou celui de l'errance psychiques, les échecs éducatifs et la solitude des professionnels...

Plus audacieuses, certaines régions ont choisi des thèmes provocateurs comme « psychiatrie/justice : je t'aime, moi non plus » ou des réflexions autour des espaces : « espaces thérapeutiques et espaces judiciaires », d'autres se sont intéressés aux discours, en comparant les « attendus » de la justice et les « entendus » de la psychiatrie...

Quels que soient les sujets abordés, on ne peut que constater que ces journées sont partout plébiscitées et considérées comme nécessaires.

Nous allons vivre ensemble cette 3<sup>ème</sup> journée et je remercie tout particulièrement les intervenants pour ce temps que chacun donne à la réflexion commune. C'est ce qu'il y a de plus précieux. Un grand merci et une excellente journée à tous et à toutes.

**- Alain Morin, Directeur de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne :**

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de cette journée. Le thème de réflexion abordé lors de cette journée d'échange est cher à l'Agence Régionale de Santé. Nous travaillons en effet beaucoup sur le lien entre la psychiatrie et la justice. Nous avons mis en place un dispositif d'injonction thérapeutique que l'on essaye de développer encore plus. Nous travaillons également sur un thème qui est abordé aujourd'hui : la santé des jeunes, qui est un de nos huit parcours de santé prioritaires. Nos préoccupations sont similaires à celles abordées aujourd'hui car, au sein des parcours de santé, nous identifions des points de rupture. Nous travaillons sur les ruptures de prise en charge et le point de rupture n° 7 sur le parcours jeune est intitulé « comment pallier le manque de structures adaptées dans la prise en charge des adolescents possédant des comportements violents, que certains dénomment les « incasables » ? ». Nous entrons donc tout à fait dans les thèmes de vos tables rondes.

Cette problématique est aujourd'hui nationale. En effet, Madame la Ministre de la Santé a formé un groupe de travail sous la responsabilité de la Direction Générale de la cohésion sociale sur le thème des « incasables : comment les gérer », car nous nous retrouvons dans des situations où tout le monde est démuné. L'ARS a également mis en place un groupe de travail en 2014 qui a réuni des professionnels et qui démontre que nous sommes en grande difficulté pour la prise en charge de ces adolescents : à la fois sur le plan de la famille qui est dépassée, de l'éducation nationale qui peine à mettre en place des solutions adaptées, des services sociaux qui n'y arrivent pas, des services judiciaires qui se retrouvent à la fin du dispositif et qui se retrouvent démunés et qui ont beaucoup de mal par rapport à ces adolescents et enfin, la psychiatrie, où l'on se dit « formidable la pédopsychiatrie va prendre en charge mon enfant », mais les structures sont rares.

Face à ces constats, nous essayons de travailler avec les professionnels, nous allons relancer des groupes de travail avec la préparation de modules de formations interprofessionnelles sur la prise en charge des adolescents violents. Nous souhaitons organiser en 2015 des réunions interprofessionnelles sur cette thématique car nous nous rendons compte qu'il y a un réel besoin d'échanges sur cette thématique entre les professionnels, car seuls nous constatons bien qu'il y a des grandes difficultés. De la même façon, nous prévoyons l'an prochain un renforcement de la prévention du suicide, nous voulons retravailler la question des formations des professionnels en matière de repérage précoce des situations à risque chez les adolescents chez qui le phénomène suicidaire reste important.

Sur la deuxième table ronde de cet après-midi, il y a des interventions des professionnels rarement représentés comme le personnel médico-social, qui travaille notamment en collaboration avec le Conseil Départemental. Ils sont aussi partie prenante et, en première ligne sur ces problématiques. Je vous remercie et vous souhaite de faire des travaux fructueux.

**- Henry ROBERT, Premier Président de la Cour d'Appel de Dijon :**

Monsieur le Directeur, Mesdames et Messieurs,

Je tiens évidemment à adresser mes remerciements pour l'organisation de cette troisième journée psychiatrie justice et plus largement, je souhaite nous féliciter pour la qualité des relations entre nos juridictions et votre établissement dans le cadre des procédures de soins contraints. Comme vous le rappeliez, Monsieur le Directeur, des audiences sont souvent tenues dans votre établissement et tout se passe de la meilleure façon possible. Donc un grand merci pour cela.

Je suis très heureux de voir se pérenniser ces journées, c'est un symbole aussi pour la justice qui a été en capacité de trouver sa juste place dans la cité, ni englobante, ni isolée. La réponse apportée au thème devenu courant de la « dislocation », « recomposition familiale » ne peut être que pluridisciplinaire. Je rappellerai que l'autorité de la décision judiciaire ne s'impose plus d'elle-même, on le sait tous, le jugement doit trouver, d'une part dans son processus d'élaboration, d'autre part dans l'exacte appréhension des souffrances qui s'expriment des risques encourus et des évolutions de la situation, le moyen de se rendre acceptable par les justiciables, c'est-à-dire les parents, mais aussi les justiciables indirects que sont les enfants. C'est pour procurer au juge cette bonne appréhension, que l'apport des spécialités, et notamment

de la psychiatrie mais aussi des avocats permet de valider le processus conduisant à la décision judiciaire pour que celle-ci soit comprise et finalement acceptée. C'est dire l'intérêt des débats de cette journée, qui permettront d'ajuster la collaboration entre les magistrats et les acteurs : travailleurs sociaux, éducateurs et soignants... Son corolaire inévitable est la conciliation des exigences éthiques aux enjeux très différents. Il faut arriver à concilier ces niveaux d'exigence comme le principe du contradictoire et le respect du secret médical.

Je remercie une nouvelle fois les organisateurs, souhaite bon courage aux intervenants et bons travaux pour cette journée.

**- Jean-Jacques BOSCH, Procureur Général près la Cour d'Appel de Dijon :**

Mon premier mot sera pour remercier les responsables du Tribunal de Grande Instance de Dijon et du Centre Hospitalier de la Chartreuse d'organiser, à un rythme annuel, ces rencontres entre l'institution judiciaire et la communauté de la psychiatrie. Ces rencontres entre la Justice et la Psychiatrie trouvent leur source directe dans les réformes législatives des hospitalisations sous contrainte, mais les relations, voire les incompréhensions entre ces deux mondes sont anciennes, et je dirai qu'elles sont consubstantielles à l'affirmation de la justice criminelle. Ces relations se sont enrichies et se sont institutionnalisées quand le code pénal de 1810 a contenu un article 64 qui disposait qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque l'auteur de l'infraction était en état de démence. Vos travaux se divisent en deux parties et sont consacrés au mineur :

- l'une consacrée à l'approche civile (affaires familiales, assistance éducative),
- l'autre consacrée à l'approche pénale.

Sur cette approche pénale, il me semble utile de rappeler que nous avons célébré le 2 février dernier, le soixante dixième anniversaire de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à la délinquance des mineurs. Vous savez que la Garde des Sceaux a élaboré une réforme du droit pénal des mineurs, sous forme d'un code de Justice des mineurs qui n'a pas, à ce jour, été soumis au Parlement.

A cet égard vos travaux seront importants à mes yeux et je prendrai connaissance avec intérêt de leurs comptes rendus, puisque j'ai décidé d'évaluer, dans le ressort de la cour d'appel, la politique pénale suivie à l'égard des mineurs. Il me semble important de déterminer précisément les objectifs que nous poursuivons par cette politique (répression, prévention de la récidive, réinsertion, appui éducatif, etc.).

J'ai engagé avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la Direction des affaires criminelles et le ministère de la Justice, l'évaluation des mesures alternatives aux poursuites concernant les mineurs. Cette évaluation pourrait avoir d'avantage d'épaisseur si des regards extérieurs au ministère de la Justice pouvaient l'enrichir.

Juste avant de conclure, je souhaitais obtenir votre attention sur le phénomène de radicalisation islamiste qui concerne souvent des mineurs y compris dans les départements du ressort de la Cour d'Appel de Dijon. Cette question justifierait une journée entière à elle seule, mais la réaction de notre société ne peut pas être que juridique ou administrative, les sciences humaines comme la psychiatrie ou la psychologie ont leur part à y prendre.

Mesdames, Messieurs, je vous souhaite pleine réussite dans vos travaux.

## **I. L'ENFANT JUSTICIALE, L'ENFANT PATIENT**

➤ ***L'enfant justiciable devant le Juge aux affaires familiales et devant le Juge des enfants :***

**- Marie-Cécile RAMEL, Vice-Présidente, Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Le juge naturel dans le cadre de l'exercice de l'autorité parentale, c'est le Juge aux affaires familiales qui va statuer sur la résidence de l'enfant et le droit de visite et d'hébergement des parents. Le juge des enfants lui, ne va intervenir qu'en cas de danger pour l'enfant, sauf à considérer que tous les enfants qui subissent une séparation sont en danger, heureusement nous n'en sommes pas encore là, ma saisine est donc limitée.

Le danger doit reposer sur des faits précis, d'ordre physique, matériel ou psychologique. Le danger doit être imminent et certain, pour que le Juge des Enfants soit saisi, le danger doit être lié à une défaillance dans le cadre de l'autorité parentale. Le juge des enfants va être saisi, soit par le Procureur de la République suite à un signalement de l'aide Sociale à l'Enfance, soit par un parent, soit dans par le mineur lui-même.

La saisine du Procureur de la République se fait suite à un signalement, une des causes fréquente du signalement, c'est l'impact des conflits liés à la séparation et ses répercussions sur le mineur. Un des parents peut nous saisir, ou même les deux parents, c'est le cas de figure où l'un des parents s'inquiète de ce que vit le mineur chez l'autre parent. Le mineur peut me saisir aussi, mais ce mode de saisine reste rare.

Devant le Juge des enfants, il peut être demandé plusieurs choses : le mineur est entendu, assisté ou non de son avocat. Il est entendu seul en général. Il peut être entendu en fonction de son âge et les pratiques sont variables. Il peut être demandé aux enfants, quel que soit leur âge, de venir devant le Juge des enfants. En général, quand ils sont petits, ils sont accompagnés de leurs parents et c'est toujours très fructueux de voir comment l'enfant se comporte en présence de ses parents. Lorsqu'il est entendu, on lui explique que l'on se fait du souci pour lui. On lui demande son avis et de nous expliquer ce qu'il vit avec chacun de ses parents. En général, il n'assiste pas à l'audience avec ses parents, sauf s'ils sont assez grands pour cela ou s'ils le demandent.

Le Juge des enfants peut prendre différentes mesures :

- Il peut estimer que les éléments de dangers ne sont pas caractérisés ou qu'il s'agit juste d'inquiétudes de parents dans le cadre de la séparation ne justifiant pas la saisine du juge des enfants. Alors, le magistrat rend un non-lieu à mesure de protection. Le contentieux relevant du Juge aux affaires familiales et non du Juge des enfants.
- Soit il considère qu'il peut y avoir des éléments de danger, des inquiétudes qui ne sont pas totalement avérées. Le Juge des enfants peut alors ordonner des mesures judiciaires d'investigation éducative. Le Juge des enfants va alors demander à un service éducatif d'observer l'enfant dans son cadre de vie, auprès de chacun de son parent, de prendre contact avec son médecin, son école, parfois ses grands-parents. L'enquête est pluridisciplinaire et, dans le cadre de ces mesures d'investigation, nous pouvons dresser une évaluation complète de la situation de l'enfant avec des travailleurs sociaux et des psychologues.

Suite à cette mesure d'investigation, soit le Juge des enfants estime qu'il n'y a pas de danger pour l'enfant et il prononce un non-lieu à mesure de protection, soit au contraire, le danger est caractérisé, et là, il y aura une nouvelle audience avec les parents, leurs représentants et les enfants, en fonction de leur âge, pour discuter et mettre en place une mesure de protection.

Si le danger est avéré et que, dans le cadre d'une séparation, l'enfant est en danger chez le parent chez qui il réside, le Juge des enfants peut décider de confier l'enfant à l'autre parent. C'est une mesure de placement qui ne se fait qu'en cas de danger. Les mesures de placement sont provisoires et ne perdurent que tant que le danger est présent: nous incitons les parents à saisir le Juge aux Affaires Familiales, s'ils ne l'ont pas fait, pour que celui-ci organise durablement la situation, notamment le droit de visite, d'hébergement et notre décision va s'appliquer dans l'attente de la décision du Juge des affaires familiales.

Le Juge des enfants peut aussi être saisi dans des situations extrêmes, lorsqu'il y a des éléments de danger importants, que le conflit est violent. Il peut alors ordonner une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert. C'est-à-dire que l'enfant est maintenue dans son cadre de vie habituel mais un éducateur va venir dans la famille pour essayer d'apaiser la situation, d'offrir un espace de parole à l'enfant, essayer d'améliorer la situation entre les parents, pour essayer d'arranger la situation et d'aider l'enfant dans cette séparation extrêmement douloureuse pour lui.

Je tiens à préciser, notamment pour les avocats, que dans le cadre des mesures d'aides éducatives, le Juge des enfants n'est pas compétent pour se prononcer sur le droit de visite et d'hébergement. C'est parfois difficile à comprendre pour les avocats, pour les parents et même les éducateurs que nous ne puissions rien faire alors même qu'il existe un danger pour l'enfant. Pour cela, il faut saisir le Juge des Affaires Familiales qui peut se prononcer dans le cadre d'une procédure d'urgence via un référé. Nous renvoyons également les parents à leurs propres responsabilités. S'ils estiment qu'il y a un danger pour leur enfant lorsqu'il est confié à l'autre parent, c'est de leur responsabilité de ne pas confier l'enfant au parent mis en cause. Nous sommes en très bonne collaboration avec le parquet des mineurs et bien évidemment, celui-ci ne poursuivra pas le parent pour non présentation de l'enfant si le danger est avéré. Il n'y a pas de risque pour un parent à ne pas donner son enfant si le danger est avéré. Nous avons des délais d'audience beaucoup plus courts que ceux du Juge aux Affaires Familiales et c'est vrai que lorsque les parents sont démunis ou les avocats, ils ont tendance à venir nous voir en nous demandant ce qu'ils doivent faire, et ils ne comprennent pas que l'on ne puisse pas statuer sur leur situation. Nous sommes beaucoup sollicités pour ces cas de figure et nous nous retrouvons souvent démunis.

Nous avons de très bonnes relations avec les Juges aux Affaires Familiales, et il nous arrive, pour certains dossiers sensibles, de le solliciter pour qu'il statue en urgence, mais ça n'arrive que dans des situations exceptionnelles.

Ce qui peut arriver si le conflit parentale est violent, que la séparation est extrêmement conflictuelle, que les parents prennent à partie leur enfant et que celui-ci est instrumentalisé par les parents, ce qui empêche son épanouissement. Le Juge des enfants peut, dans ces cas-là, prononcer un placement à l'Aide Sociale à l'Enfance ou chez un tiers digne de confiance. Le Juge des enfants est bien évidemment aidé dans ces décisions par les experts psychiatres et les psychologues.

**- Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Le Juge des Affaires Familiales (JAF) est le juge naturel de l'autorité parentale. L'autorité parentale, c'est un ensemble de droits et devoirs qui permet aux parents de prendre les décisions concernant leurs enfants ; quant à leur santé, leur moralité, leur protection et leur éducation. Le Juge des Affaires Familiales a vocation à statuer sur l'exercice de l'autorité parentale, la résidence de l'enfant, la pension alimentaire, le droit de visite et d'hébergement de l'autre parent et ce, à la lumière de l'intérêt de l'enfant.

Par rapport à cette autorité parentale, il va y avoir beaucoup de points de crispations que le JAF va devoir trancher, parce que, par définition, si le JAF est saisi, c'est qu'il y a des différends, même si le JAF peut tout à fait être saisi pour homologuer un accord issu d'une conciliation. Par exemple, il y a la question de la scolarisation de l'enfant qui, en cette période de fin d'année scolaire est récurrente, où l'on va avoir un certain nombre de demandes sur la question de savoir où scolariser leur enfant, notamment au regard de la proximité entre les domiciles des parents et si l'établissement sera public ou privé.

Sur le plan procédural, il y a eu une harmonisation en 1993 avec un regroupement du contentieux au profit du JAF. Auparavant, le contentieux était éclaté entre plusieurs magistrats, le Juge des affaires matrimoniales et le Juge des tutelles. En 2004, il y a eu aussi l'idée d'une harmonisation procédurale par un décret du 24 octobre 2004. Le JAF, dans l'immense majorité des cas, est saisi par les parents, un seul parent ou les deux, dans le cadre d'une requête conjointe ou dans des cas plus marginaux, par le Procureur qui peut être saisi par les tiers, mais il s'agit ici de cas d'école. Le JAF a vocation à intervenir à la fois dans le cadre de couples mariés où la requête est nécessairement introduite par un avocat et où il y aura une tentative de conciliation. Le juge statuera sur la question des enfants mais également sur des questions patrimoniales.

Nous sommes dans le cadre d'une procédure écrite avec conclusions d'avocats, ce qui fait que cette procédure peut être parfois fort longue. Le juge peut être saisi d'incident de mise en état car la procédure dure depuis plusieurs années et il y a des éléments nouveaux au dossier et le juge est amené à statuer plusieurs fois pour un même dossier.

Dans le cadre des couples non mariés ou pacsés, le cadre procédural est plus souple. La procédure peut être introduite sans l'assistance d'un avocat, la procédure est orale.

Il faut rappeler que les enfants ne sont pas partie à la procédure devant le JAF.

Mais il suffit d'aller à l'entre-sol les jours d'audience, pour s'apercevoir que parfois, les enfants sont très présents. Nous avons des adolescents qui veulent être là en soutien d'un de leur parent ou encore des parents qui n'ont pas trouvé de mode de garde pour leur enfant. Nous sommes donc là aussi pour faire la police et rappeler aux parents la place de chacun, et aussi que les enfants doivent être mis à distance du conflit opposant les parents et que si une audition doit intervenir, elle n'aura pas lieu entre deux portes, juste avant l'audience. Il faut donc temporer tout cela.

La comparution personnelle implique également que le nouveau conjoint, la nouvelle compagne, les grands parents n'ont pas vocation à intervenir pour donner leur avis devant le JAF sur les conditions de la séparation etc... Il faut aussi responsabiliser les parents. Ce sont eux les titulaires de l'autorité parentale, c'est donc à eux d'assumer leur responsabilité. Les débats ne sont pas publics, nous sommes dans la sphère privée. Et par rapport à nos décisions, nous avons un système d'exécution provisoire qui permet qu'il n'y ait pas de situation de blocage. Par rapport à la prise de décision, la priorité est d'arriver à ce que les parents puissent trouver un terrain d'entente. A Dijon, une expérimentation a été faite avec la double convocation. C'est-à-dire en même temps que les gens reçoivent leur convocation devant le JAF, les parents sont informés et enjoins à contacter un organisme de médiation. L'idée étant, avant même de se présenter devant le Juge, d'essayer parfois de se rencontrer, ce qui peut paraître évident, mais dans certaine situation la communication est totalement rompue et nous nous retrouvons avec deux murs qui se font face.

Cet organisme de médiation est là pour donner une information gratuite sur la possibilité d'engager un processus de médiation familiale qui ne peut être mis en place qu'avec l'accord des deux parents. Ce processus permet de rendre plus efficace la justice, au regard notamment des délais d'audiencement. En effet, pour un ordre d'idée, les requêtes déposées en ce moment ne seront pas audiencées avant le mois de novembre. Cet accord est homologué par le Juge s'il est conforme à l'intérêt de l'enfant. Nous nous retrouvons alors parfois devant des situations très incongrues, où l'on nous a demandé par exemple, d'homologuer un accord de résidence alternée alors que la mère habitait en métropole et le père dans les DOM TOM. Heureusement, le juge est aussi là pour mettre son « grain de sel », même s'il n'est pas derrière les parents au sortir de l'audience, qui peuvent mettre en œuvre l'accord comme ils veulent.

Le Juge des enfants peut éventuellement avoir un regard sur la mise en œuvre de l'accord, si d'une manière ou d'une autre, un professionnel de santé ou de l'éducation, fait état de difficultés pouvant mettre l'enfant en danger.

S'agissant des autres critères permettant de déterminer l'intérêt de l'enfant, nous nous appuyons sur la pratique mise en place spontanément par les parents. C'est l'intérêt d'avoir quelques mois de recul sur la

séparation et de savoir, le jour de l'audience, si ce système fonctionne et comment le mineur vit cette situation.

Il peut y avoir une aide à la décision de notre côté par le biais d'une enquête sociale dont les frais sont avancés par le Trésor Public mais qui fera, au final, partie des dépens. C'est donc à nous d'être vigilant par rapport à ce coût qui sera supporté au final par une partie.

L'enquêteur social a vocation à se déplacer au domicile des deux parents. Sachant qu'à Dijon, nous ne faisons pas de scission ; un enquêteur se déplace aux deux domiciles, ce qui nous permet d'avoir un point de vue plus global. L'enquêteur va ensuite venir nous donner ses impressions par rapport à l'environnement global dans lequel évolue l'enfant. Il y a également une possibilité de faire des expertises psychologiques et psychiatriques pour l'enfant, un des parents, les deux et même toute la famille, afin d'avoir plus d'éléments sur le fonctionnement familial, même si a priori il dysfonctionne par définition et si on a mandaté une enquête sociale et une expertise psychologique. Si l'on se fait aider par des enquêtes sociales et expertises, la prise de décision est différée et donc, nous ne pouvons nous permettre de prendre ces mesures pour tous les dossiers. Notre métier, c'est de trancher et je rappelle toujours aux parties qu'elles ont la possibilité de faire appel si elles veulent qu'un autre regard soit porté sur leur situation, si elles ne sont pas satisfaites de la décision de première instance.

Par ailleurs, il est possible pour le mineur de demander une audition. Effectivement, le curseur prévu par la loi est le discernement. La loi ne précise pas d'âge sachant que normalement, cette audition est de droit. La difficulté réside aussi dans le fait que le JAF « brasse » beaucoup de dossiers. Nous n'avons donc pas les moyens d'avoir une audition systématique du mineur pour chaque dossier. Quand l'audition est demandée par les parties, c'est-à-dire les parents, c'est à nous de voir si elle est judicieuse. Si nous avons un désaccord complètement à la marge sur : « je le ramène à 18h ou 19h », nous pouvons nous dispenser de cette audition. Si au contraire, nous sommes en présence d'un désaccord important concernant les résidences alternées, qui est, rappelons-le une possibilité pour le JAF et non un principe, même s'il a été évoqué de renverser le principe actuel et de faire de la résidence alternée le mode de garde de principe, alors quand le mineur nous écrit directement, c'est à nous de voir s'il est capable de discernement, de voir s'il n'y a pas une instrumentalisation des parents sous-jacente. Dans le cas où l'on accepte d'entendre l'enfant, nous renvoyons le dossier pour pouvoir l'auditionner. Après l'audition, nous établissons un compte-rendu d'audition de mineur et non un procès-verbal. Dans le cadre de cette audition, nous travaillons en partenariat avec le Barreau de Dijon où un certain nombre d'avocats sont prêts pour être au côté du mineur car c'est très important qu'il n'y ait pas de tête à tête entre le juge et le mineur. Dans l'immense majorité des cas, le mineur a la possibilité de voir un avocat avant cette audition. La difficulté réside dans le fait que ce que je me dis le mineur ne peut pas rester secret.

Mais il nous appartient de reformuler les paroles contenues dans le compte-rendu afin d'éviter de mettre en porte à faux le mineur. Je dis clairement aux enfants que s'ils ne souhaitent pas que ses parents aient connaissance de quelque chose, il ne faut pas qu'il me le dise.

Je revois aussi les parents ce qui me permet d'échanger. Parfois, nous avons des parents qui, avec cette parole libérée de l'enfant me disent : « je n'avais pas compris cela de cette manière-là. S'il vous a dit les choses ainsi c'est qu'effectivement sa demande de transfert de résidence est réfléchi donc je l'accepte ».

Parfois, au contraire, nous avons des enfants qui sont en pleurs dans mon bureau, qui ne sont pas bien. Il m'arrive aussi d'avoir des nouvelles demandes d'audition d'enfants qui me disent qu'ils ont bien réfléchi et que, même s'ils m'ont rencontré la semaine dernière, leur position a changé. C'est ici toute la question de l'instrumentalisation des enfants, d'un discours tenu par les enfants, sachant que nous essayons de les mettre un peu à distance de leurs parents, nous essayons de faire en sorte que ce soit l'avocat seul qui accompagne l'enfant jusqu'à la salle d'audition, pour que le parent ne soit pas physiquement à quelques mètres du bureau du JAF afin que l'enfant dise sincèrement ce qu'il a sur le cœur.

A Dijon, sur la question du discernement nous entendons les mineurs à partir de 12 ans. Nous considérons qu'avant, cela fait tout de même très jeune. Nous pouvons cependant, à la marge, faire des ajustements.

Concernant maintenant les procédures exceptionnelles, nous avons la possibilité d'être saisi dans le cadre du droit de visite et d'hébergement des grands parents. Nous sommes ici dans le cadre d'une procédure écrite, qui nécessite donc l'intervention d'un avocat. C'est une procédure plus longue. Nous essayons aussi, dans le cadre de la mise en état, de faire des injonctions d'informations et de médiation pour essayer de dénouer le conflit parce qu'il s'agit là du centre du conflit familial, avec souvent les petits enfants qui portent un peu sur eux un conflit qui ne les concerne pas. Sachant que c'est l'enfant qui a le droit d'entretenir des relations personnelles avec ses ascendants et non l'inverse, c'est donc en fonction de l'intérêt de l'enfant que l'on doit prendre une décision et non l'inverse.

Il existe d'autres procédures exceptionnelles de relations entre l'enfant et un tiers, comme celles où une ex-compagne demande à avoir des relations avec l'enfant de son ex-compagnon.

Il y a également la possibilité de prononcer une délégation d'autorité parentale ou une ordonnance de protection mais cette possibilité est à la marge. Elle intervient dans un contexte de violence physique, morale.

Nous avons la possibilité de nous prononcer en référé, même si celui-ci peut être malaisé en matière familiale car le juge du référé est le juge de l'évidence et c'est un contentieux qui est tout sauf évident.

Cela nous arrive aussi lorsque certains avocats nous demandent de faire des audiences plus rapides, de dossier au fond, pour que le débat se tienne dans l'intérêt des enfants. Mais on ne peut faire cela que de manière ponctuelle eut égard à l'égalité des justiciables devant la loi et le service public.

Il y a possibilité de prononcer des mesures d'urgence sur le fondement des articles 220-1 et 257 du Code Civil, mais les Juges aux Affaires Familiales s'en méfient un peu car il s'agit d'une procédure qui ne respecte pas le principe du contradictoire.

➤ **L'enfant assisté et représenté par son avocat :**

**- Maître Céline PIZZOLATO, Avocat au Barreau de Dijon**

Je suis Céline PIZZOLATO, avocat au barreau de Dijon depuis huit ans. Je suis spécialisée dans le contentieux de la famille.

C'est en intervenant tant devant le Juge des Enfants que devant le Juge des Affaires Familiales que j'ai été sensibilisée à la situation des enfants, mis à mal dans des situations familiales compliquées et parfois très compliquées.

Je suis également membre de la commission des mineurs au sein de l'Ordre des Avocats de Dijon, membre actif de l'association Enfance 21, association de protection de l'Enfance et membre du Conseil d'administration de l'ADDIR, Association dijonnaise du dispositif des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) I et de son réseau.

Aujourd'hui, j'interviens sur la thématique de l'enfant assisté et représenté par son avocat. Historiquement, l'assistance, c'est d'abord l'assistance publique qui est mise en avant sous l'impulsion de l'Eglise dès le Moyen âge. Il y aura la création « des enfants rouges » pour les enfants dont les parents meurent en Hôtel-Dieu et puis l'hôpital de la Trinité. Et en 1552, le Parlement de Paris va condamner les hauts justiciers à nourrir, alimenter et entretenir les pauvres retrouvés dans la ville. Ce sont donc les enfants les plus déshérités qui vont faire l'objet de mesures de sauvetage et de protection.

Sous la Révolution également, on aidera les enfants les plus démunis et il faudra attendre fin XIXe et XXe pour que de réelles lois protectrices des enfants soient promulguées. L'intervention de l'avocat en premier lieu, c'est donc au plan pénal avec l'ordonnance de 1945 qui crée une législation particulière pour le mineur délinquant et qui va instituer le juge des enfants.

Cet après-midi va être abordée la question de l'enfant violent et de ses passages à l'acte délinquants. L'avocat a son rôle dans cet aspect pénal des choses, car il intervient en garde à vue auprès du mineur mis en cause et il intervient devant le Juge des enfants en matière pénale, le tribunal des enfants et la Cour d'Assise des mineurs. Pour ce qui est du plan civil, en premier lieu, l'enfant est représenté par ses parents, ses représentants légaux et c'est quand il y a un conflit d'intérêt que la nécessité est apparue de le voir assisté d'une tierce personne et notamment d'un avocat.

En matière d'assistance éducative en milieu ouvert, c'est l'article 375 du Code Civil qui dit que si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation et de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont réellement compromises, des mesures d'assistance éducatives peuvent être mises en place par la justice.

A ce titre, c'est l'article 1182 du Code de Procédure Civile qui vient s'appliquer : le mineur est informé de l'avis d'ouverture de cette procédure. Des convocations peuvent lui être adressées et il est surtout informé de son droit de faire le choix d'un avocat. C'est à ce stade là que nous allons intervenir.

Plus largement, l'article 388 Code Civil dispose que dans toute procédure le concernant, l'enfant peut être entendu et assisté d'un avocat. C'est l'article 388-1 qui va préciser davantage la situation devant le Juge des Affaires Familiales où le mineur capable de discernement peut être entendu par le juge. Ici encore l'avocat va pouvoir intervenir au moment de cette audition. La place de l'enfant va être différente devant le JAF et devant le juge des enfants en matière d'assistance éducative. Devant le JAF, il n'est pas partie à la procédure et nous allons devoir le lui dire. Il faut que vous sachiez que principalement devant le JAF, nous assistons l'enfant, c'est-à-dire que nous sommes à ses côtés et c'est lui qui va a priori parler, tandis que devant le juge des enfants nous pouvons le représenter, c'est-à-dire être sa parole alors même qu'il ne sera pas présent aux audiences.



Concernant les conditions de notre désignation, l'enfant peut adresser une demande d'audition au juge par tout moyen : il n'y a pas de forme particulière pour cela et le JAF lui enverra par la suite une convocation. L'enfant peut être assisté par la personne de son choix, par l'avocat de son choix. La difficulté étant d'avoir la certitude de l'impartialité de la personne représentante afin qu'elle ne soit pas commandée par l'une ou l'autre des parties, puisque l'enfant se tient dans une situation de conflit avec des intérêts divergents. En réalité, et afin d'éviter un conflit d'intérêts, les magistrats ont davantage tendance à systématiquement solliciter l'ordre des avocats pour qu'un avocat commis d'office soit appelé à intervenir. Il faut savoir que nous n'avons dans notre cursus universitaire et dans notre formation initiale aucune formation à l'audition des mineurs ainsi qu'à la psychologie de l'enfant et donc ce n'est qu'à travers la formation continue que l'on apprend. Il faut avoir régularisé cette Charte et suivre deux heures formations par an sur le droit des mineurs et la psychologie de l'enfant. Cette journée d'échange est donc très intéressante pour mes confrères et moi-même car nous sommes un peu démunis de ce point-là, nous essayons d'organiser des formations, l'ERAGE, notre organisme de formation, organise bientôt une formation sur l'enfant donc peut être auront nous des informations intéressantes sur les moyens d'aider l'enfant lors de son audition devant le JAF. Cette journée est donc intéressante car nous allons pouvoir appréhender au mieux l'intérêt de l'enfant pour mieux le défendre, car là est notre rôle.

Sur les modalités de notre intervention devant le JAF, l'enfant n'est pas partie à la procédure et donc son avocat n'a pas connaissance du dossier et ne saura pas du tout ce qu'il en est des demandes des différentes parties. Devant le Juges des enfants, la situation est différente et l'avocat pourra avoir accès au dossier. Au niveau de l'entretien avec l'enfant en lui-même, il n'est pas toujours évident, d'où l'existence de la commission d'office pour assister le mineur dans le cadre de cette audition. Il y a parfois des problèmes pour s'entretenir avec l'enfant avant l'audition, mais dans cette charte, nous avons l'obligation de nous entretenir au préalable avec ce mineur dans le cabinet d'avocat ou à la maison des avocats et non pas dans le couloir de la cité judiciaire. Nous sommes soumis à une obligation de confidentialité de par notre secret professionnel, et il faut expliquer aux parents que l'enfant va s'entretenir seul avec l'avocat et que ce qui sera dit restera confidentiel. Nous voulons éviter ici d'être manipulés par les parents, car il pourrait y avoir des tentatives et nous devons être très vigilants par rapport à ces dernières. Nous devons toujours nous assurer que le mineur possède le discernement requis par la loi, mais ce n'est pas toujours aisé.

Madame le juge nous a expliqué tout à l'heure que nous intervenons aussi lorsque nous introduisons l'instance et que nous sommes le conseil d'une des parties, souvent, les parents nous demandent comment leur enfant peut être entendu. Nous avons l'obligation dans l'acte introductif d'instance de leur faire signer une attestation selon laquelle ils ont été informés de la possibilité pour leur enfant d'être entendu. Mais nous restons en quelque sorte les remparts à des demandes d'audition intempestives, nous alertons sur le traumatisme que peut provoquer une audition chez l'enfant. Il faut réussir à construire avec l'enfant un lien de confiance et adapter notre langage pour lui expliquer qu'il n'est pas partie à la procédure, que l'on va seulement lui demander son avis et ses sentiments, et qu'un compte rendu va être dressé suite à cette audition. Nous allons ensuite l'accompagner à la cité judiciaire où il sera entendu dans le bureau du magistrat. A la Cour d'Appel c'est parfois moins évident car l'audition se fait de temps à autre dans la grande salle, ce qui peut impressionner l'enfant. Toujours est-il que d'une part, l'enfant va expliciter ce qu'il a à dire au juge et d'autre part il devra expliquer pourquoi il a fait cette démarche auprès du juge. Nous avons la possibilité d'intervenir à la fin, mais avec parcimonie, pour faire des observations sur notre sentiment, sa capacité de discernement et éventuellement suggérer des mesures d'investigations.

Par la suite, cette audition donne lieu à la rédaction d'un compte rendu et la difficulté réside dans le conflit existant entre la confidentialité de l'entretien, les dires de l'enfant et ce que le juge va rapporter aux parties. Il est donc difficile dans ce cas de figure, de voir si tout a pu être dit dans son intérêt. Notre intervention s'arrête ici, nous n'avons pas devant le JAF connaissance de la décision qui va être rendue. Cependant, lorsque nous assistons des adolescents les situations sont parfois plus délicates, car il arrive qu'ils reprennent contact avec nous et que nous ne sachions pas leur répondre.

Il faut que vous sachiez que nous sommes indemnisés directement par l'aide juridictionnelle. Nous ne sommes pas rétribués par les parents pour éviter toute instrumentalisation de notre intervention. Notre rôle est relativement limité, mais il a un intérêt pédagogique car nous allons expliquer à l'enfant comment se passe une audition, ainsi qu'aux parents qui l'accompagnent. Nous avons un rôle de protection, car à partir du moment où nous intervenons, les parents sont moins enclins à instrumentaliser leur enfant. Nous accompagnons l'enfant et essayons d'assurer nos missions en toute impartialité.

Le bilan de mon expérience est que tous les enfants ne demandent pas à être entendus, il semble même que ceux qui sont davantage pris dans un conflit de loyauté ou dans un syndrome d'aliénation parentale le font encore moins, et la réflexion que nous pouvons en tirer avec les différents professionnels c'est qu'il faudrait poser un « diagnostique », dès l'introduction de l'instance, sur une évaluation psychologique le cas échéant. Il y existe une injonction au sujet de la médiation, il pourrait y avoir un entretien avec un psychologue pour qu'une évaluation soit faite sur l'existence d'un véritable accord, car l'accord des parties

est idéal, mais il n'est parfois pas toujours véritable et nous nous devons de nous assurer que l'enfant n'est pas instrumentalisé.

➤ ***L'enfant en souffrance et son appréhension par la pédopsychiatrie :***

**- Docteur Marie-Alix DORLET, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse.**

Je suis pédopsychiatre, j'interviens au CMP des Rondeaux à Dijon et au CMP du Château de Genlis. La mission qui m'a été confiée aujourd'hui est difficile car parler de la clinique de l'enfant et de ces enjeux dans la problématique de séparation des parents est un sujet extraordinairement vaste, il a donc fallu faire des choix.

Pour l'enfant, la séparation parentale qu'elle soit consensuelle ou conflictuelle, marque toujours une crise, car elle crée un déséquilibre dans son quotidien, dans ses repères, dans tout ce qu'il avait connu jusqu'à présent. Cette phase de décompensation confronte chacun des enfants à ses émotions, et chacun réagira selon son histoire, selon son tempérament, ses fragilités. Retrouver un équilibre après la séparation nécessite beaucoup de temps et va mobiliser beaucoup dans les capacités d'adaptation de chacun. Ce qui se joue pour l'enfant, même s'il va être difficile de prédire ou de généraliser ce que va ressentir un enfant, c'est l'entrée dans un processus qui s'apparente à un deuil. Il doit faire le deuil du couple parental, de la vie qu'il avait jusqu'alors, le deuil de l'idéal familial. Il doit faire face à la prise conscience du caractère volatil des relations et de la perspective que rien n'est acquis. S'il ressent bien évidemment de la tristesse, beaucoup vont ressentir de la peur : peur de l'inconnu, peur de l'avenir, peur d'être oublié dans la future reconstruction familiale. Pour d'autres, la colère va être omniprésente, la colère que les parents n'aient pas tout fait pour maintenir la cellule familiale, colère vis-à-vis d'un seul des parents, celui qui est jugé responsable de tous ces bouleversements. D'autres fois, c'est un sentiment de culpabilité qui domine, où l'enfant prend à son compte la responsabilité de la séparation. Toutes ces émotions bien sûr se mélangent, d'autres s'y ajoutent, la honte, la stupeur, la haine, chaque situation étant bien évidemment différente. La séparation va ébranler le sens de l'existence et de la continuité chez l'enfant. Il va ressentir ce risque de « si papa et maman ne s'aiment plus est ce qu'ils vont continuer à m'aimer ? ». C'est assez difficile pour un enfant de comprendre que l'amour conjugal est d'une autre tonalité et peut évoluer différemment de l'amour parental. Ceci dit, parfois l'enfant est confronté au fait que l'amour parental peut lui aussi défaillir.

Bien entendu, les choses se compliquent largement si les parents, pris dans leurs conflits, dans leurs émotions, ne sont pas capables de faire la part des choses et que l'enfant ne se sent plus autorisé à faire vivre en lui la part de chaque parent. Il se voit alors coupé en deux, au risque de perdre son sentiment d'unité. Les enfants ont besoin de mettre du sens à ce qui leur arrive, ils ont besoin de comprendre et ils ont besoin aussi que les adultes se mobilisent autour d'eux. Les enjeux sont différents pour les parents et les enfants. Si pour les parents la séparation entraîne une coupure relationnelle, une ouverture peut être, quelque chose de nouveau, pour l'enfant c'est différent, il doit réaménager toutes ses relations : relations avec chacun de ses parents, relations avec éventuellement les nouveaux conjoints. Il doit apprendre à faire le grand écart, il doit aussi apprendre à faire ses valises dans une certaine mesure.

Dans la plupart des cas, si les parents se respectent, si chacun reconnaît à l'autre son rôle de parent, les choses évoluent favorablement et notre rôle à nous, soignants, est relativement discret. Mais dans la plupart des cas que l'on rencontre les parents sont tellement pris dans leur rancœur, dans leurs conflits internes, qu'ils n'arrivent plus à faire la part des choses. Ils mêlent leur enfant dans leur histoire, ils ne l'autorisent plus à garder sa place d'enfant. L'enfant devient alors le consolateur, l'arbitre, il est amené parfois à prendre des décisions d'adulte, et dans le pire des cas, il peut parfois être amené à prendre parti et à couper les liens avec l'un de ces parents. C'est bien entendu dans ces situations de séparation conflictuelle que nous, service de pédopsychiatrie, nous sommes le plus souvent sollicités. C'est une partie importante de la clinique en pédopsychiatrie, et se sont souvent des situations qui nous ont beaucoup mobilisé et beaucoup ému et qui restent présentes dans nos esprits.

Comment nous solliciter en tant que service de soin ? Comment travaillons-nous ? Dans un premier temps, il va falloir évaluer la situation, cette évaluation est une sorte de diagnostic des jeux relationnels à l'intérieur

de la famille. Il faut examiner les alliances et les coalitions et déterminer comment ce qui s'est joué avant la séparation, va être le terrain de ce qui flambe au moment de la séparation.

Nous sommes face à des situations de très grande variété. Dans certaines situations, l'enfant est aux prises avec un parent qui présente des comportements inadéquats. Avec par exemple des situations de violences conjugales qui sont antérieures à la séparation, dans lesquelles l'enfant a été plongé depuis parfois fort longtemps. Dans ces situations de violences conjugales, on ne le dira jamais assez, l'enfant est aussi victime et non pas seulement témoin, et dans un certain nombre de cas il a besoin d'en être protégé. Dans d'autres cas bien entendu, l'enfant est lui-même victime de violences. Ce sont des violences d'ordre relationnel, psychique, ou physique. Dans cette situation, ce qui est complexe c'est la question des droits de visites et d'hébergement chez le parent qui peut être potentiellement violent. Dans d'autres situations, l'enfant se retrouve confronté à la violence actuelle, relationnelle, à l'intérieur de la famille d'un de leur parent, par exemple des situations d'alcoolisme ou de prises de drogues qui mettent en péril et dans une grande solitude cet enfant quand il se rend chez ce parent. Autre situation où le parent est inadéquat, c'est lorsqu'il y a une discontinuité ou une faiblesse de l'intérêt d'un parent vis à vis de son enfant. L'enfant prend de plein fouet le fait que le parent ne prenne pas en compte sa vie quotidienne : sa scolarité, qu'il ne vienne pas le chercher au moment de son week-end ou de ces vacances. Il prend aussi de plein fouet que le parent peu intéressé par son enfant ne prend pas en compte la difficulté qu'il a à vivre cette situation. La situation est de même très compliquée quand l'un des parents ne prend pas suffisamment sa position éducative vis-à-vis de son enfant.

Dans d'autres cas, l'enfant est aux prises avec une recomposition familiale où il ne retrouve pas sa place facilement. Soit parce que le nouveau conjoint se montre maltraitant, rejetant ou même jaloux de la relation du parent avec son enfant, situations que l'on retrouve quand même assez fréquemment. Soit parce que les enfants, et particulièrement les adolescents, vont se retrouver dans une rivalité d'ordre œdipienne avec le nouveau conjoint, en particulier quand le père se remarie avec une jeune femme plus jeune.

Parfois, l'enfant va être pris dans un conflit de loyauté et peut se mettre lui-même dans une situation de prise de parti pour l'un des parents et de rejet de l'autre. Il va vouloir protéger le parent qu'il considère le plus faible, en danger, la plupart du temps c'est le parent gardien, mais pas toujours. Il s'allie à sa souffrance pour tenter de l'empêcher de sombrer, il le rassure, le console et devient son confident. Dans cette situation l'enfant est dans un registre de « parentification », c'est lui qui devient le protecteur et le parent de son parent. Dans d'autres cas, l'enfant se donne la mission de contrôler un parent potentiellement attaquant vis-à-vis de l'autre et devient parfois lui-même le fer de lance de l'attaque du parent. Souvent, on se retrouve dans des situations où l'enfant est dans un mouvement de rejet vis-à-vis d'un parent qui est jugé par eux même, et pas forcément dans une situation de manipulation, comme responsable de la séparation. Bien entendu l'enfant se met dans des positions d'alliances vis-à-vis de sentiments haineux du parent abandonné.

L'autre cas de figure est la situation d'instrumentalisation, où l'enfant est enrôlé plus ou moins consciemment dans le conflit parental par l'un des parents pour attaquer l'ex conjoint, le faire souffrir, se venger, pour saboter les tentatives de recomposition familiale. L'enfant va alors être l'enjeu qui permet aux interactions pathologiques dans le couple parental de se poursuivre au-delà de la séparation. Ces manipulations ne sont pas toujours conscientes de la part de ces parents, il s'agit souvent de parents qui sont débordés par leur propre mouvement émotionnel, dans l'incapacité de contrôler leur agressivité et d'être en mesure de préserver leur enfant. Ce sont des parents qui, au quotidien, vont être dans le dénigrement et la critique de l'ex conjoint. L'enfant va être aussi utilisé, quand les parents n'arrivent pas à se parler pour faire passer des messages à l'autre parent.

Dans des cas heureusement plus rares, l'enfant se retrouve dans une situation de manipulation consciente, volontaire et délibérée d'un parent pour attaquer l'autre. Ces manipulations peuvent être de nature perverse : le parent entraîne l'enfant dans une relation d'emprise grave et les enjeux pour l'évolution psychique de cet enfant sont considérables à ce moment-là car il imprègne la relation d'ambivalence en coupant cet enfant de ses ressentis, de ses émotions et de la possibilité de penser par lui-même. Dans un certain nombre de cas, ces manipulations peuvent entrer dans un contexte de pathologie mentale assez grave de la part d'un des parents, soit de l'ordre de la psychose, de la paranoïa, et dans les cas où les parents ont vécu une violence

émotionnelle importante dans leur enfance et avec éventuellement des abus, ils se mettent à projeter leur pathologie sur l'autre parent.

La deuxième partie de l'évaluation lorsque l'on est sollicité, est d'essayer de comprendre la qualité des liens d'attachement de l'enfant avec ces parents. Parce que ce sont des choses qui vont compliquer les enjeux actuels et futurs pour les enfants. Dans certains cas, on va se retrouver dans des situations de relation fusionnelle, par exemple d'un parent avec l'un des enfants qui va engendrer des angoisses de séparation majeures lors de la mise en place des gardes alternées ou des droits de visite et d'hébergement. Il y a aussi beaucoup de situations où les relations parents-enfants sont pathologiques ou de mauvaise qualité, où les places sont mal définies. On se retrouve dans des situations où l'enfant a une place dans laquelle il est rejeté, ou mal élevé ou de manière inadéquate.

Il faut aussi que nous mesurons les enjeux pour les enfants : est-il uniquement un enjeu d'immédiateté lié à la crise de la séparation ? Quels sont les risques pour son développement, la construction de sa personnalité, de son identité et la possibilité pour lui ensuite d'établir et de construire des liens relationnels de qualité dans le futur ?

Nous devons évaluer les situations, l'attachement et finalement évaluer la demande. Qu'est-ce que vont chercher les personnes lors d'une consultation ? Cela suppose d'être à l'écoute de beaucoup de choses. Quand l'enfant est amené par un parent dans une situation de séparation, qu'est-ce que veut ce parent ? Le parent veut-il vraiment aider son enfant, ou vient-il chercher autre chose ? Par exemple, trouver un intermédiaire face à un ex conjoint inquiétant ou dangereux, être écouté dans sa propre souffrance, chercher notre soutien pour obtenir une intervention auprès de la justice. Car en effet, dans un certain nombre de cas, nous sommes recrutés pour devenir des alliés dans les procédures de justice et ces situations sont difficiles pour les thérapeutes. Certains parents viennent chercher aussi des certificats.

Le parent rejeté, de son côté va formuler des demandes, et parfois pas du tout. Mais parfois, il va aussi chercher à être écouté, car il est aussi en souffrance et se sent rejeté, accusé. Ce parent est souvent mal écouté, et il a besoin d'être délivré dans sa culpabilité vis-à-vis de son enfant. Et souvent il souhaite retrouver une qualité relationnelle avec l'enfant qui le rejette.

En ce qui concerne la demande de l'enfant, souvent, il n'a pas envie d'être là. Mais d'autres ont besoin d'être entendu dans leurs émotions et ils ont besoin d'avoir des pistes, des questionnements. « Je suis où dans tout ça ? », « où est ma place ? » « qu'est-ce qu'il va se passer ? ». Il partage ses inquiétudes pour ses parents. Il a besoin de démêler ce qui est à lui ou non dans cette histoire de conflit familial, il a besoin d'un espace pour penser, et même respirer. Dans un certain nombre de cas il a besoin également d'être protégé, il a besoin que l'on parle à ses parents, à son parent rejetant, violent, inadéquat, ou parfois manipulateur. Il a aussi besoin parfois, qu'on protège son parent qui a du mal à prendre des dispositions pour être lui-même protégé, je parle de ces femmes qui sont par exemple victimes de violences.

Cette demande, il faut aussi la faire évoluer, la dégager de la problématique judiciaire et recentrer sur le soignant. Nous ne sommes pas en position de prendre parti, à faire des choix et faire des certificats à destinations de la justice, sauf bien évidemment en cas de danger. Nous sommes parfois confrontés à certaines demandes qui viennent des avocats qui sollicitent des certificats médicaux. Je ne délivre pas de certificats circonstanciés mais je mets juste par écrit les dates de consultations. Nous sommes des soignants et non des experts. L'expertise revient à l'expert, nous sommes dans une autre position.

Nous devons aussi défendre et réaffirmer la nécessité psychique pour l'enfant du maintien du lien biparental, de la place de chacun des parents, du point de vue de l'équité, mais aussi du point de vue de l'enfant et de son équilibre. Pour cela, nous devons nous mettre à l'écoute de l'enfant et nous devons aider à le soulager, à le soutenir, à reconnaître ce qu'il fait dans la séparation pour aider ces parents. Nous devons aider les parents à se dégager de leur problématique pour les aider à se recentrer sur leurs enfants et de prendre toute la mesure de ce que leur enfant vit, et des enjeux qu'il y a pour son développement futur.

Il faut travailler les relations en variant les dispositifs de consultations : il faut écouter l'enfant seul, mais aussi l'écouter avec chacun de ses parents. Il faut travailler cette relation, ne pas seulement écouter, mais tenter de la faire évoluer. Parfois, il faut rediriger les parents pour des soins pour eux même, vers la médiation

familiale. Pour l'enfant, nous pouvons proposer des espaces de thérapie individuelle soit dans la consultation, soit dans un soin plus approfondi. Il faut travailler sur le fond pour retravailler l'ambivalence et informer l'enfant sur les procédures de justice, pour qu'il comprenne au mieux l'intervention du juge. Parfois, quand les enfants n'arrivent pas à parler, on peut recourir à des moyens de médiation par d'autres supports : les jeux, l'art thérapie, le bricolage.. Ce sont des soins qui permettent à l'enfant de trouver des espaces de respiration et de soulagement afin de retrouver leur capacité à jouer, à vivre, à exister.

Dans un nombre rare de cas, travailler en partenariat avec la justice et les services sociaux est important pour démêler les situations particulièrement graves et difficiles.

## II. LE ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS

### ➤ *Le rôle de détection des professionnels :*

**- Pascale FAIVRE, Cadre technique Enfance, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Conseil Général de Côte d'Or et Nathalie PIPON, adjointe à l'agence Solidarité et Famille de Genlis.**

Je suis Nathalie PIPON, je suis adjointe à l'agence Solidarité et Famille de Genlis. Je suis en charge de l'accompagnement des professionnels sur le territoire d'Is sur Tille, pour accompagner au quotidien les professionnels.

Les conseils départementaux sont dotés de plusieurs axes de compétences dont la solidarité et la famille. Ils mènent notamment des actions de prévention et de protection en direction des enfants et des parents. Concernant l'organisation départementale, les services centraux à Dijon mais aussi les six agences réparties sur tout le territoire de la Côte d'Or, disposent en leur sein de services d'accueil des familles dans lesquels des professionnels œuvrent au quotidien dans le domaine de l'action sociale. Les métiers multiples au sein de ces accueils, des secrétaires, des assistants sociaux, des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs spécialisés, des travailleurs d'intervention sociale et familiale, des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices et des cadres ; mènent des actions de protection et de prévention auprès de toute la population d'un territoire, dans le domaine de la petite enfance et de l'enfance.

Ces professionnels du Conseil Départemental, dans le cadre des séparations parentales répondent à la demande des personnes concernées mais également peuvent intervenir à la suite d'une interpellation tiers ou par auto-saisine dans le cadre de la prévention et la protection de l'enfance. Leurs missions : l'accueil, l'écoute, la formation, l'évaluation, l'orientation et la mise en place d'accompagnement. Les travailleurs médico sociaux reçoivent sur rendez-vous ou en visite à domicile si nécessaire. Cette organisation et ce maillage territorial permettent d'intervenir au plus près et au plus tôt par rapport aux problématiques rencontrées par les familles. La demande initiale des familles lorsqu'elles nous sollicitent, n'est pas toujours en lien direct avec l'enfant et les conséquences de la séparation dans un contexte classique, nous serons contactés autour de l'accès aux droits, le soutien financier, le soutien éducatif dans le contexte conflictuel de l'organisation de l'exercice de l'autorité parentale. Dès sollicitation de nos services, une évaluation de la situation est menée quelle que soit la demande formulée par les familles.

Madame FAIVRE va vous donner une illustration de notre domaine d'intervention.

Je vais revenir sur thème de ce que l'on a appelé l'exercice de l'autorité parentale. Il faut savoir que la séparation va avoir des conséquences matérielles, comme le logement par exemple, mais aussi la problématique des prestations familiales ou encore de la pension alimentaire. Majoritairement les familles que nous rencontrons n'ont pas encore effectué de démarche devant le JAF. Ainsi la plus grande part de notre travail va être de les aider à faire ces démarches. Plus la situation est compliquée, plus les familles ont tendance à vouloir s'organiser entre elles, donc nous avons énormément d'exemples d'organisation de garde alternée sans être passé par un juge aux affaires familiales. Cela débouche sur des situations extrêmement compliquées, où la garde alternée n'a pas beaucoup de sens, avec des problèmes de « passage de bras » où toutes les semaines le transfert de l'enfant va se terminer en bagarre sur le parking supermarché du coin. Tout notre travail va consister donc à amener ces parents à s'orienter vers le JAF. Pour vous donner

l'exemple d'une situation concrète, l'enfant voulait vivre chez son père, alors qu'il était chez sa mère. Cela rassure l'enfant qu'une personne tiers tranche les choses. L'intervention du JAF a permis de rassurer l'enfant. Voilà le type d'accompagnement que l'on peut être amené à faire.

Nous travaillons aussi sur l'orientation auprès de la médiation familiale par exemple. Lorsque l'on sent que l'enfant est mis en grande difficulté on fait en sorte de rencontrer l'autre parent. On s'autosaisit, on fait une information préoccupante pour pouvoir intervenir auprès de l'autre parent. Nous essayons de rencontrer les parents seuls. Dans le cadre de nos évaluations, nous faisons des visites à domicile en binôme, c'est essentiel car être deux limite la subjectivité. Il y a aussi la possibilité d'observer le comportement des enfants dans leur domicile. L'idée est de voir, d'évaluer si les parents reconnaissent les difficultés qu'ils rencontrent. On veut leur offrir le meilleur accompagnement possible et faire tiers, toujours avec dans le viseur l'intérêt de l'enfant. Nous avons une palette de mesures qui vont être administratives ; par exemple des mesure d'aide éducative à domicile dans le cadre d'un contrat avec objectifs identifiés sur durée déterminée.

Dans le cadre de la séparation, la majorité des objectifs reste de faire tiers dans la relation avec les parents et offrir un espace de parole aux enfants. On peut alors l'orienter vers des Prise En Charges spécialisée : pédopsychiatrie, thérapie et on peut assurer un soutien financier pour les mesures mises en place. Il y a aussi certaines mesures d'aide éducative intensive, avec dans ce cas l'intervention de plusieurs professionnels qui peuvent agir sur l'aspect du quotidien, comme le conseiller économique social et familial pour une intervention sur le plan budgétaire, une assistante sociale de secteur, un médecin PMI, le service d'aide éducative à domicile qui peut être renforcé et exercé par structures extérieures, des structures associatives pour que les familles aient un interlocuteur 24h/24.

Parfois quand la séparation est très compliquée on doit être en mesure de proposer un accueil provisoire. On observe souvent des enfants qui sont dans des positions d'adultes tout en ayant le développement d'un enfant. Cette situation peut rendre l'enfant « fou ». S'il y a une décision d'assistance éducative, le conseil départemental mettra en œuvre les mesures de placement.

Il y a des astreintes pour la famille, en cas de difficulté, car souvent les droits de visite se font sur les week-ends et c'est à ce moment-là que la famille peut rencontrer des difficultés. Certaines familles contractualisent avec l'aide sociale à l'enfance pour éviter d'aller devant la justice, mais si le contrat n'avance pas, un signalement est fait au Procureur de la République. Il faut insister sur l'importance du partenariat dans nos fonctions : judiciaires, médicales, éducation nationale, centre de loisirs.

J'insiste sur l'importance du partenariat dans nos accompagnements. On a besoin de travailler avec tous les partenaires possibles, judiciaires, médicaux, l'éducation nationale, les travailleurs sociaux. Nous pouvons être aussi saisis par des partenaires comme un service de pédopsychiatrie qui prend en charge un enfant et qui se retrouve envahi par les parents et veut savoir ce qui se passe au domicile de leur patient. Nous sommes également sollicités par le parquet pour faire des évaluations, parfois suite à des audiences compliquées ou saisis par un avocat qui se rend compte que les enjeux sont très forts. On n'a pas toujours les moyens d'aller dans l'évaluation car nous manquons de temps et de psychologue suffisants. Nous avons un rôle non négligeable dans la détection de situations d'enfants pris dans l'étau de la situation familiale. Notre action est dans tous les cas dirigée avant tout dans l'intérêt de l'enfant et nous essayons de tout mettre en œuvre pour le sortir de cette situation.

➤ ***Le traitement des signalements de l'enfant en danger :***

***- Delphine THIOURT, Cellule de l'Enfance en Danger et des Urgences (CEDU), Conseil Général de Côte d'Or***

Delphine THIOURT, je suis responsable de la Cellule de l'Enfance en Danger et des Urgences (CEDU) au Conseil Départemental. Je vais donc vous présenter cette cellule et son rôle en matière de détection de l'enfance en Danger. L'action de la Cellule de l'Enfance en Danger et Urgence s'inscrit dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance issue de la loi de 5 mars 2007, qui confirme le rôle de chef de file du Président du Conseil Départemental dans son rôle de protection de l'enfance. La loi de 2007 a eu pour

objectifs tout d'abord de créer une cellule unique de recueil et de traitement de l'information préoccupante au sein du Conseil Départemental, afin qu'aucune information ne se perde. La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes joue dans cette organisation un rôle de pivot. La loi de 2007 a également créé la notion d'information préoccupante et a mis en place un principe de subsidiarité du judiciaire sur l'administratif, le traitement de l'information préoccupante relève prioritairement d'un traitement administratif par le Conseil Départemental qui débouche sur une saisine du Procureur de la République dans les cas les plus graves uniquement.

En Côte-d'Or, la CRIP s'appelle la CEDU : la Cellule de l'Enfance en Danger et des Urgences. La CEDU est composé d'une équipe pluridisciplinaire de travailleurs médico-sociaux : de quatre travailleurs sociaux à temps plein, ainsi qu'un médecin et un psychologue de façon ponctuelle, d'une équipe administrative de trois personnes ainsi que d'une responsable. C'est une Instance multi partenariale ; un protocole d'accord est signé entre le Conseil Départemental et l'ensemble de ses partenaires, en vue de fiabiliser le dispositif de protection de l'enfance dans le département.

Les principaux signataires de ce protocole sont le Préfet, le Tribunal de Grande Instance, le Parquet, l'Éducation Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, le Centre Hospitalier et les associations qui concourent à la protection de l'enfance. La CEDU se situe 1 rue Joseph Tissot à DIJON. La Cellule peut être contactée : par téléphone : 0 800 101 119 (numéro vert) par courrier, par mail, ou sur place, avec ou sans rendez-vous de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30.

La CEDU a 4 grandes missions : le traitement des informations préoccupantes, le traitement des situations d'urgences, la gestion de l'arrivée des Mineurs Isolés Étrangers, ainsi qu'un rôle de conseil technique des partenaires. Nous allons tout d'abord évoquer comment sont traitées les informations préoccupantes. Tout d'abord, qu'est-ce qu'une information préoccupante ? L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. La Cellule de l'Enfance en Danger et Urgences recueille les informations préoccupantes transmises par appel téléphonique, courrier, mail, visite, entretien. Les éléments sont retranscrits en respectant aussi fidèlement que possible les termes utilisés par le signalant. Elle peut être anonyme ou non. L'information préoccupante peut venir de particuliers (parents, famille, enfants, voisins,...) ou de professionnels (Éducation Nationale, associations, hôpital...). Elle est adressée au Président du Conseil Départemental. La CEDU analyse les éléments et détermine le degré de gravité de la situation, recherche si la situation est connue du Conseil Départemental, les antécédents, les mesures en cours et collecte des informations supplémentaires. La CEDU effectue ensuite des évaluations rapides à la demande du Procureur de la République, et centralise toutes les informations préoccupantes en assurant leur traçabilité, elle est le lieu d'articulation entre les territoires et les partenaires.

Il faut rappeler que tout citoyen a l'obligation de communiquer une information préoccupante sous peine de sanctions pénales. En effet tout citoyen est tenu d'aviser les autorités administratives et/ou judiciaires des mauvais traitements dont il peut avoir connaissance, sous peine de sanctions prévues par le Code pénal : **Article 434-3 du Code pénal** : « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.* »

**Article 223-6 code l'action social et des familles** : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.* »

Sera puni également des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Que devient l'information préoccupante ? L'information préoccupante est transmise à l'Accueil Solidarité et Famille du lieu de résidence de l'enfant. Une évaluation de la situation familiale, permettant de déterminer si l'enfant est en situation de danger ou risque de danger, est menée par un binôme d'évaluateurs pendant deux mois. A l'issue des deux mois, la situation est étudiée en commission pluridisciplinaire. Une décision est prise : un classement sans suite, une mise à disposition des services, un suivi, une mesure administrative ou un signalement au Procureur de la République. Qu'est-ce qu'un signalement ? Le Signalement est une transmission d'informations au Procureur de la République, dans quatre situations : l'échec des mesures administratives, l'absence de collaboration de la famille à l'aide proposée, l'impossibilité d'évaluer la situation et danger grave et imminent. Le Procureur de la République peut décider d'un classement sans suite, d'une enquête auprès des services de gendarmerie ou de police, d'une transmission au Juge des Enfants ou d'une mesure de protection immédiate (ordonnance de placement provisoire). En application du principe de subsidiarité du judiciaire sur l'administratif ; les éléments sont transmis prioritairement au Président du Conseil Départemental, sauf si les faits relèvent d'une infraction pénale et / ou nécessitent une mesure de protection immédiate de l'enfant. Une copie de tout signalement doit parvenir à la CEDU.

La CEDU assure également la réalisation des décisions de placement d'urgence prises par le Procureur de la République ou le Juge des enfants. Une demande d'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) peut venir de différents services : Service d'Action Éducative en Milieu Ouvert, Service d'Investigation Éducative, Éducation Nationale, CEDU, ASF, Gendarmerie, Brigade des Mineurs, hôpital. La CEDU prépare et réalise le retrait et l'accueil de l'enfant, annonce l'OPP aux détenteurs de l'autorité parentale, évalue la situation et rédige un rapport formulant des propositions au Juge des Enfants sur le maintien ou non de la mesure d'Assistance Éducative et la mise en œuvre, le cas échéant, de droits de visites et d'hébergement, assiste à l'audience devant le Juge des Enfants et assure la mise en place de l'ordonnance du Juge des Enfants (mise en place des droits de visite notamment).

La CEDU assure également l'accueil des Mineurs Isolés Étrangers qui se présentent au service, spontanément ou sur OPP d'un autre département. Afin de limiter les disparités entre les départements en terme d'accueil et d'harmoniser les pratiques au niveau national, la Circulaire Taubira du 31 mai 2013 définit les modalités de traitement des situations de MIE sur le territoire. Chaque mineur fait l'objet d'une évaluation afin de déterminer s'il est réellement mineur, isolé et étranger. Un examen médical peut être effectué, sur réquisition du Procureur de la République ou du Juge des Enfants, si des doutes subsistent sur la minorité du jeune.

Les professionnels de la protection de l'enfance sont soumis au secret professionnel. Toutefois, la loi du 5 mars 2007 crée un article dans le Code de l'Action Sociale et des Familles qui rend possible le partage d'information. **Article L226-2-2 CASF** : « *Par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de la protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant.* »

**- Thierry BAS, Procureur de la République Adjoint en charge des mineurs du Tribunal de Grande Instance de Dijon.**

Le signalement devant une juridiction se définit comme tout renseignement, porté à la connaissance du Procureur, sur la situation d'un mineur tant sur le plan civil que pénal, que le mineur soit auteur ou victime. Ce qui nous intéresse principalement ici, c'est l'aspect civil. Je vous propose de dérouler mon propos en deux parties : une théorique et une pratique.

Tout d'abord deux textes fondent le signalement, il s'agit des dispositions des articles 375 du Code Civil et



L226-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille, les deux textes majeurs en matière de signalement.

**L'article 375 du Code Civil** dispose que « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel.* »

**L'article 226-4 du Code de l'Action Sociale et Familiale** dispose quant à lui « *Le président du conseil départemental avise sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et :*

*1° Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles L. 222-3 et L. 222-4-2 et au 1° de l'article L. 222-5, et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation ;*

*2° Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service »*

Ces textes se complètent parfaitement. Le premier détermine dans quelles situations il faut signaler, l'autre fixe la mission du Conseil départemental quant à sa saisine du Procureur de la République. La loi du 5 mars 2007 est venue apporter des retouches à ces dispositions, elle a mis le Président du Conseil départemental au centre du dispositif de protection de l'enfance avec la mission de grand coordinateur, le Procureur de la République est quant à lui le garant de l'articulation entre la protection administrative et la protection judiciaire. On a voulu que tous les signalements passent par le Conseil Départemental, qu'il opère le rôle de filtre. Le procureur de la République n'a vocation à prendre connaissance que des signalements de danger avéré. Le Conseil Départemental voit tous les signalements et ne transmet normalement au Procureur que les situations de danger avéré afin que des mesures judiciaires contraignantes soient prises via le juge des enfants. C'est l'objectif de la loi de 2007. Mais force est de constater qu'il y a un décalage entre la théorie et la pratique.

On constate aujourd'hui que le Parquet est toujours destinataire d'un nombre important de signalement émanant de l'Education nationale, des Assistantes Sociale, du médecin, de courrier anonyme de voisins ou de tiers. Et dans le contexte du divorce, nous sommes de plus en plus instrumentalisés par les parents. Par exemple, le père ou la mère de famille lors du retour de l'enfant après un weekend chez l'autre parent, l'emmène directement chez le médecin pour faire un certificat pour des « rougeurs » sur le corps. Le médecin dresse alors un certificat et nous adresse un signalement. Cette situation arrive très fréquemment et tend même à augmenter. Face à ces signalements le rôle du parquet est alors d'évaluer le degré d'urgence. Il y a des degrés d'urgences plus importants, s'il est avéré qu'il y a eu des coups ou un défaut d'éducation, cette situation nécessite une évaluation faite par Conseil Départemental qui nous retourne son rapport d'évaluation. A l'issue du signalement, il peut y avoir soit classement sans suite, soit si l'affaire nécessite un traitement administratif un renvoi au Conseil Départemental, ou un traitement judiciaire si la situation est bloquée et les faits revêtent une certaine gravité on fera fait appel au juge des enfants.

L'autre problème, est la situation de danger grave et imminent où il faut réagir immédiatement. Par exemple les cas de maltraitements ou de viol au sein de la cellule familial. Par exemple une petite fille était agressée sexuellement par son frère sous le toit familial, il y a donc nécessité de séparer la victime et l'auteur. Idem pour un enfant qui est maltraité par ses parents, il faut l'extraire de son environnement. On doit donc prendre une ordonnance de placement provisoire (OPP), quitte à saisir le juge des enfants dans les 8 jours qui suivent. Mais il faut tout de même être prudent car c'est une mesure complètement dérogatoire à notre système judiciaire, car il n'y a aucune notion du contradictoire. C'est une décision lourde de conséquences si l'on se trompe car l'on se trouve dans une procédure sans aucun débat et la famille ne peut pas s'expliquer.

Pour finir sur le plan pénal, pour prendre le cas d'enfant victime d'un abus sexuel. Je voulais rappeler les textes. On reçoit souvent des signalements par les médecins et je voulais souligner qu'il n'y a pas de secret professionnel opposable en matière d'agression sexuelle, on est même dans l'obligation de dénoncer une

suspicion d'agression. Si le médecin ne le fait pas, il commet un délit pénal.

La loi de 2007 a donné un rôle important à la fois au Conseil Départemental en tant que coordinateur, et au parquet pour apprécier la distinction entre la mesure administrative et la mesure judiciaire. Il faut rappeler en conclusion que c'est un domaine où l'on ne peut pas avoir d'idée préconçue, chaque situation est unique et mérite un traitement particulier. C'est la raison pourquoi lorsqu'on lit un signalement plus ou moins rédigé, plus ou moins complet il faut toujours faire preuve de prudence.

### III. ECHANGES AVEC LA SALLE

Modérateurs : - Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.

- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon.

- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon.

**Monsieur Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Les échanges de ce matin ont été très riches. L'un des mérites des échanges et de constater qu'on a besoin les uns des autres et des juristes pour cadrer les choses. Il faut toujours avoir une réponse car le juge doit trancher !

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** : L'ensemble des échanges a été très intéressant. Et je souhaite poser une question au Docteur DORLET, je voudrais avoir son avis sur deux points : tout d'abord, un avis sur sa distinction entre les enfants victimes et témoins. Vous avez fait le parallèle en disant que ce ne sont pas des enfants témoins mais des enfants victimes. Comment peut-on améliorer cela selon vous ? Et deuxième question, pouvez-vous revenir sur la notion d'aliénation parentale ?

**Docteur Marie-Alix DORLET, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse** : La prise de conscience est déjà un pas important, ces situations viennent impacter de façon grave les enfants, elles entraînent des impacts psycho-traumatiques. Il faut être à l'écoute de ces situations. Il ne faut pas oublier qu'une situation de violences conjugales graves est une situation de violence à l'enfant : même si l'enfant n'est pas frappé, il peut y avoir une violence psychique grave. Il faudrait pouvoir intervenir à ce moment.

L'aliénation parentale, c'est quelque chose de récent, à prendre un peu « avec des pincettes » car on en vient comme d'habitude à des aspects d'exagération. Tout n'est pas aliénation parentale. C'est un syndrome qui a été décrit par Gardener, un psychiatre américain. Il l'a défini ainsi : « syndrome qui survient dans un contexte de dispute parentale au sujet de la garde, c'est l'expression d'une campagne de dénigrement d'un des parents « parent cible » qui ne repose sur aucun argument ». L'enfant s'affirme comme penseur indépendant. Il a perdu la capacité de culpabiliser envers le parent cible. Il présente des scénarios et langages empruntés par le parent aliénant. Ce sont des enfants vraiment pris dans une pensée manichéenne. Un enfant coupé de ses sensations propres, qui n'a plus de pensées propres. Il y a beaucoup de choses écrites là-dessus, il y a notamment un dossier important dans le journal du psychologue sur ce point mais aussi un site belge « yapaka.be » dédié aux questions de la protection de l'enfance qui est plein de ressources.

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infantile-juvénile** : ma question rejoignait la vôtre Madame la Procureure. Dans l'établissement, il y a un rôle de pédopsychiatrie avec 10 unités qui vont des petits bébés jusqu'aux adolescents. On écoute avec attention vos échanges. Quand ce projet a été proposé, il était tout à fait essentiel que l'on puisse échanger autour de ces questions du JAF et du juge des enfants car c'est notre quotidien. Il faut comprendre que nous sommes souvent témoins de situations de violences extrêmes, et nous, nous voyons tout le monde et pas seulement l'enfant. J'insiste sur les effets sur le développement de l'enfant. Nous sommes très sensibles à cela. Mais toutes les situations de divorce n'amènent pas à cela, même si chez les enfants il y a toujours un moment de sidération, les enfants s'adaptent vite. J'ai bien entendu que nous avons intérêt à faire des signalements, c'est une exception au secret médical. La consultation en psychiatrie repose sur la confiance et sur l'intime. Donc, c'est difficile de concilier l'intime, le secret et les obligations de signalement. J'ai été Inspecteur de l'ASE, il y a 20 ans donc l'OPP est un moment fort. Il serait intéressant de donner l'éclairage sur ce vécu-là du côté des services de police.

**Lieutenant SAINT GUILLEMER :** Le vécu d'une OPP dépend des situations, la plupart du temps, on vient seulement en soutien. On dialogue beaucoup avec la cellule d'urgence avant, en leur demandant ce qu'ils en pensent. Je voulais poser la question suivante, jusqu'à quel âge peut-on dire que l'enfant est sensible à l'aliénation parentale ? Un adolescent peut-il être sensible et soumis à la manipulation de ses parents ?

**Docteur Marie-Alix DORLET, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse :** Oui, les adolescents peuvent être manipulés. Quelques fois, ils sont très impliqués et faciles à enrôler et ce, parfois de manière gravissime et très dangereuse. Et c'est difficile à traiter par la justice et les médecins. Car quand on essaie de les enlever de cette emprise, nous sommes nous-même invalidés.

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infant-juvénile :** Je rejoins les propos du Docteur DORLET, même les adultes peuvent être victimes d'emprise, les adolescents sont souvent pris à parti. J'utilise pour ma part le terme d'emprise. C'était le cas notamment dans une affaire à Bordeaux, où la famille entière était enfermée dans un fonctionnement voulu par un des parents.

**Monsieur DONIOT, éducateur spécialisé au Prisme du CH La Chartreuse :** j'ai une question pour M. BAS et la CEDU. Nous faisons beaucoup de signalements et je voulais que vous nous précisiez ce que vous attendez de nous lorsque nous rédigeons un signalement, car nous avons parfois tendance à interpréter.

**Monsieur Thierry BAS, Procureur de la République Adjoint en charge des mineurs du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Nous voulons les raisons précises du signalement. Pas de flou, ni de général. Un signalement n'a pas à être forcément long.

**Madame Delphine THIOURT, Cellule de l'Enfance en Danger et des Urgences (CEDU), Conseil Général de Côte d'Or :** Pour compléter, la saisie du Procureur doit être faite en direct sur une demande d'urgence. Sinon, il faut saisir le Conseil Général.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Le signalement doit être précis, nom prénom domicile et la situation claire afin que l'on intervienne dans les meilleurs délais.

**Madame ROLIN, Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs :** la CEDU indique qu'il faut s'adresser rue Tissot mais le 119 existe-t-il toujours ?

**Madame Delphine THIOURT, Cellule de l'Enfance en Danger et des Urgences (CEDU), Conseil Général de Côte d'Or :** Le 119 est une plateforme à Paris qui fonctionne 24h/24, mais ne traite pas l'information. Ils les transmettent aux conseils compétents. C'est un pourvoyeur d'informations préoccupantes. Ils n'interviennent pas en urgence.

**Madame ROLIN, Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs :** Je voulais également savoir comment fonctionnait la demande de droit de visite et la demande d'hébergement des grands parents.

**Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Cette procédure nécessite l'intervention d'un avocat, c'est une procédure écrite donc longue. L'idée est que c'est l'intérêt de l'enfant qui nous guide, et non celui des grands-parents. Il y a les locaux de l'ARP qui peuvent être des lieux de transition, je n'en ai pas parlé mais cela existe.

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infant-juvénile :** sur la médiation, vous avez indiqué que ce n'était pas une obligation ? Comment cela fonctionne-t-il ?

**Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Nous faisons une injonction à information, qui n'est sanctionnée par rien si les parties ne viennent pas. L'idée est qu'avant l'audience les gens sont reçus par un médiateur pour savoir quelle est la situation en dehors de

tout cadre judiciaire. Il faut l'accord des deux parties. Parfois à l'audience, il est compliqué d'y arriver. Soit on envoie l'affaire en médiation, soit on renvoie l'affaire dans 6 mois, soit on tranche en terme d'accompagnement et on ordonne une médiation pour que le dialogue soit renoué, et sinon on fait une injonction mais parfois les parties refusent de se parler. Parfois, l'audience vient dénouer des conflits qui ont eu lieu.

**Madame Brigitte LORRIAUX, Directrice des Ressources Humaines au CH La Chartreuse** : La justice est-elle informée sur ce qui se passe du côté de la psychiatrie et réciproquement dans ce type de conflit ?

**Docteur Marie-Alix DORLET, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse** : Est-il possible que le pédopsychiatre puisse donner son avis ou juste une information au JAF ?

**Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Le litige ne concerne que les parties et personne d'autre, sauf s'il y a une expertise ou une enquête sociale. En direct, je ne reçois pas de mail ou d'appels car il y a aussi le principe du respect du contradictoire.

**Madame Marie-Cécile RAMEL, Vice-Présidente, Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Le JAF doit prendre connaissance du dossier d'assistance éducative, il faut qu'il le sache.

**Maître Céline PIZZOLATO, Avocat au Barreau de Dijon** : Les parties devront apporter des éléments de preuves et c'est donc là où l'on va venir vous solliciter pour avoir des certificats médicaux car il faut un commencement de preuve pour dire que la situation dysfonctionne et pour avoir une mesure d'investigation.

**Monsieur Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Cette question du contradictoire est l'essence du procès. Cette question est un vrai problème.

**Docteur Marie-Alix DORLET, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse** : J'ajoute que je ne veux pas m'engager sur la parole d'un enfant animée par un parent en consultation. J'ai été confrontée à un vrai cas d'aliénation parentale, réelle, car il n'y en a pas tant que cela. Là, j'ai vu une psychothérapeute qui avait vu un enfant, qui a écouté son discours et qui a fait un certificat médical sans inviter le parent rejeté à donner sa version des faits.

**Maître Céline PIZZOLATO, Avocat au Barreau de Dijon** : Mais comment faire le lien entre vous, les médecins et nous les avocats ?

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infant-juvénile** : Oui mais attention, le secret médical est absolu et c'est pour protéger les patients ! J'entends vos difficultés. Mais je me place d'un point de vue éthique. La relation avec un enfant, et encore plus avec un adolescent, repose sur la confiance. Si nous traversons cette ligne, c'est problématique, sauf quand on est obligé. Nous avons la chance en pédopsychiatrie d'avoir des Assistantes Sociales qui ont accompagné les parents et les enfants et qui savent faire ce travail-là.

**Une assistante sociale à l'hôpital de jour le Prisme du CH La Chartreuse** : j'avais une question pour le JAF et le Juge des Enfants : à partir du moment où l'on a connaissance d'un suivi, est ce qu'une information systématique à la justice n'est pas possible ?

**Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Pour nous, JAF, ce qui peut être frustrant c'est que la partie a saisi l'Assistante Sociale qui a fait son travail, mais qu'ensuite on doit dire à la partie que l'Assistante Sociale n'a pas voulu donner son rapport.

**Une assistante sociale de l'hôpital de jour le Prisme** : Nous envoyons toujours le rapport à quelqu'un mais souvent, c'est au Conseil Départemental.

**Maître Céline PIZZOLATO, Avocat au Barreau de Dijon** : je confirme que ce rapport reste au Conseil Départemental. A une époque, nous voulions faire un dossier unique, je ne sais pas où cela en est. Ce serait une bonne idée.

**Une nouvelle professionnelle en pédopsychiatrie** : si le médecin veut faire un signalement pour suspicion de danger et qu'il est en difficulté, menacé par un parent par exemple, existe-il des mesures de protection du professionnel ?

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Le conseil de l'ordre est là pour vous aiguiller. Un signalement, s'il est fait de façon raisonnée et raisonnable, c'est un constat, un recueil, le fait d'envoyer le signalement à la CRIP ne vous mettra pas en cause par la suite. Si vous êtes victime de menaces en tant que professionnel, il faut déposer plainte !

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infant-juvénile** : dans un service, nous sommes plusieurs et nous prenons les décisions de façon collective. Donc le médecin menacé sera protégé par l'institution. On ne voit pas tant une menace qu'une rupture des soins. Parfois, on arrive à ce que la famille se signale elle-même.

**Docteur Françoise BLAVIGNAC – Pédopsychiatre au CH La Chartreuse** : j'ai une question sur le droit des enfants à ce que leur parole soit entendue. Parfois, ils veulent être entendus par le juge et je leur dis d'en faire la demande. Peuvent-ils être rencontrés avec l'avocat au préalable ?

**Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Le mineur peut écrire directement pour avoir un avocat. Souvent à la première audience il est renvoyé car les parents se mettent d'accord donc parfois à la première audience on peut dire qu'il est prématuré de recevoir le mineur. Les avocats et les parties ont accès au CR avec parents et enfants avant l'audience.

**Monsieur Jean-Marc ALBERT, cadre de santé au Prisme du CH La Chartreuse** : faut-il obligatoirement l'accord des deux parents pour que l'enfant vienne en soin ?

**Madame Alexandra MOROT, Juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de Dijon** : Nous sommes ici dans une question relative à l'autorité parentale. Dans le cadre d'une séparation, pour les actes usuels un seul des parents à vocation à intervenir. Quand désaccord au niveau des soins, on peut mener une enquête.

**Maître Emilie BAUDRY** : Hormis les cas d'agressions sexuelles, à partir de quand décidez-vous de faire le signalement car la frontière est très délicate pour vous, entre secret médical et l'obligation de signalement d'une situation dangereuse pour l'enfant ?

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infant-juvénile** : Ce qui nous guide c'est la loi. Quand l'enfant est en danger, nous avons l'obligation de signaler. Il peut arriver que ces enfants puissent embarquer tout le monde dans des histoires fantaisistes. Il faut pouvoir évaluer, savoir ce qui est de l'ordre du fantasme.

**Docteur Marie-Alix DORLET, Pédopsychiatre au Centre Hospitalier La Chartreuse** : Il y a forcément une part de subjectivité.

**Monsieur Xavier BAGOT, Président de l'UNAFAM 21** : je suis Président de l'UNAFAM, qui est une association qui est là pour aider les familles avec des membres ayant des proches malades psychiques (troubles schizophrènes ou bipolaires majoritairement). Nous sommes moins concernés par les adolescents car ces troubles apparaissent à l'âge adulte mais nous pouvons être concernés lorsqu'un des parents vient poser des questions car le mari va mal et que leur enfant est en souffrance. Dans ce cas, nous essayons d'orienter au mieux les gens.

## 2<sup>ème</sup> table ronde : L'ADOLESCENT VIOLENT : LA NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE CONJOINTE DE LA JUSTICE ET DE LA PEDOPSYCHIATRIE.

Le passage à l'acte délinquant de l'adolescent ne manque pas d'interpeler. Il suscite en général une réponse pluridisciplinaire déployée autour de cet adulte en devenir. Le rôle de la justice pénale des mineurs, l'accompagnement en termes d'assistance éducative, et le suivi psychiatrique des adolescents seront tour à tour examinés.

### I. LA DÉLINQUANCE INFANTO-JUVÉNILE : LES RÉPONSES PÉNALES, ÉDUCATIVES ET PÉDOPSYCHIATRIQUES

#### ➤ *La réponse judiciaire : la justice pénale des mineurs*

- **Jeanne DELATRONCHETTE, Substitut du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance de Dijon.**

La justice des mineurs concerne autant les mineurs en danger que les mineurs délinquants. L'ordonnance du 2 février 1945 établit une procédure spécifique avec une prééminence de l'éducatif sur le répressif : il faut rechercher en priorité une action éducative. Il est cependant indéniable que depuis l'ordonnance de 1945 et ses multiples réformes, tant les mineurs, que les actes qu'ils commettent ont évolué. Les faits sont commis de plus en plus tôt, et revêtent un caractère plus grave et plus violent. Les parquets de France face à cette évolution ont été obligés de diversifier les réponses pénales à ces infractions.

Présenter la réponse pénale apportée à la délinquance des mineurs en 20 minutes n'est pas une chose facile. L'objectif aujourd'hui est donc de la présenter dans les grandes lignes et d'apporter des éléments de réponses, en présentant les outils avec lesquels nous travaillons et la manière dont nous travaillons pour une réponse judiciaire efficace.

Tout d'abord, je voudrais m'attarder sur la spécificité de la justice pénale des mineurs. Cette spécificité se retrouve à travers les grands principes tirés de l'ordonnance de 1945 et des textes internationaux. Il faut avoir ces principes à l'esprit :

- la primauté de l'éducatif qui suppose que le mineur ne peut être jugé sans que sa situation familiale et sociale ne soit évalué en amont.
- Le mineur doit être jugé en fonction de son âge. En droit français, il n'y a pas de seuil d'âge, le critère retenu est celui du discernement, et tout mineur capable de discernement est responsable pénalement. On a rarement affaire à des mineurs de moins de 10 ans et quand la question se pose, on fait appel à un expert psychiatre. L'âge va intervenir lors du choix des mesures, pour des enfants de moins de 10 ans, seules des mesures éducatives peuvent être prononcées. L'enfant ne peut pas être condamné à des peines. Pour les mineurs de plus de 10 ans, on peut prononcer des mesures et des sanctions éducatives. Les mineurs de plus de 13 ans peuvent être condamnés à des mesures éducatives, des sanctions éducatives et à une peine.
- L'absence de publicité des débats : lors des audiences devant le tribunal pour enfants, on va examiner le parcours de l'enfant, on touche alors à l'intime et sa vie privée. Il est également primordial de préserver l'image du mineur pour faciliter sa réinsertion. Et le fait que le mineur sache que ce qui est dit à l'audience y restera permet de faciliter son avenir.
- L'excuse de minorité : Cette excuse de minorité permet de diviser les peines encourues par les majeurs par deux. Ce principe est automatique pour les mineurs de 13 à 16 ans mais peut souffrir d'exception pour les mineurs de 16 à 18 ans

- Des Intervenants spécialisés : le rôle de l'avocat est alors primordial et systématique: il y a une assistance obligatoire du mineur par un avocat. L'avocat va participer à la prise de conscience du mineur de la gravité des faits qui lui sont reprochés. L'autre organe spécialisé qui va intervenir c'est le service de la protection judiciaire de la jeunesse qui va intervenir dans l'investigation mais aussi la mise en œuvre des mesures : ils vont suivre ce mineur. Si celui-ci est condamné à une peine de prison et un suivi : le suivi va être exercé par ce service. L'autre organe spécifique : le Tribunal pour enfants qui a un rôle de protection et de sanction.

Le rôle du procureur en charge des mineurs est prévu depuis l'ordonnance de 1945 où il était nécessaire de désigner un magistrat du parquet spécifique aux mineurs, car il y avait une nécessité d'avoir une décision cohérente et efficace, et une nécessité de connaître le public, la personnalité et les antécédents des mineurs jugés. Les fonctions du procureur sont les suivantes : les substituts des procureurs vont avoir le rôle de diriger les enquêtes de flagrance et les enquêtes préliminaires. Il existe à Dijon une Permanence téléphonique, les enquêteurs informent alors le procureur des enquêtes en cours. Le procureur va alors décider ou non d'engager l'action publique. Si l'action publique n'est pas mise en mouvement, le procureur peut décider d'un classement sans suite quand les faits n'apparaissent pas caractérisés, ou il peut classer l'affaire sous conditions : si le décide de la mise en place d'une alternative aux poursuites. Si le procureur décide de l'engagement de la poursuite pénale, il saisit le juge des enfants. Requérir à l'audience pour le procureur c'est essayer de faire comprendre au mineur pourquoi les faits sont graves et punis par la loi et quelle sanction il encoure.

Quelles sont ensuite les réponses judiciaires en matière de mineurs ? L'étude de la personnalité du mineur est primordiale pour que la réponse soit la plus individualisée possible. Il faut connaître les antécédents des mineurs et assurer une cohérence afin d'assurer notre crédibilité. On ne peut être crédible face à un mineur que lorsqu'on le connaît. Car si l'on n'est pas crédible ni cohérent cela ne peut que développer une incompréhension et un sentiment d'impunité chez le mineur. Il faut donc apporter une réponse en adéquation avec les mesures qui ont pu être préalablement prévues. Quels outils sont alors à notre disposition ? Le logiciel Cassiopée, qui est la mémoire des actes qu'une personne a pu commettre, et les procédures dans lesquelles il a été mis en cause. Les autres outils à disposition sont les réquisitions formulées par le procureur chargé des mineurs. Un autre outil pour le juge des enfants : le RRSE. La PJJ est saisie afin de faire une enquête et une évaluation de la situation et l'on va échanger avec le juge des enfants. Ces échanges sont indispensables pour apporter une réponse adaptée à la situation, la réponse judiciaire se veut de plus en plus rapide, mais souvent critiquée par les éducateurs, ils pensent que parfois cela va trop vite. Il faut agir vite car une des caractéristiques des mineurs délinquants c'est la répétition de l'infraction. Il faut donc agir vite pour protéger la société et le mineur lui-même, car si on ne met pas un coup d'arrêt immédiat, il y a un risque que le mineur n'entre dans la spirale de la délinquance.

Quand il y a une garde à vue, le mineur est présenté devant le procureur et il peut être décidé de l'extraire de son milieu. Notamment en le plaçant dans des centres tenus par la PJJ. On va chercher une réponse qui doit, dans la mesure du possible, associer les parents car les causes les plus apparentes de la délinquance juvénile sont les carences éducatives. Il est donc nécessaire de tenter de mobiliser les titulaires de l'autorité parentale. Il faut informer les parents au stade des gardes à vue, mais aussi de la procédure pénale en générale, en leur donnant un avis sur les poursuites et les convoquer devant le juge des enfants pour qu'ils viennent s'expliquer. Mais malheureusement on se retrouve parfois face à l'absence totale des parents.

Quelles sont les réponses pénales concrètes ? Le procureur peut décider de mettre en place des mesures alternatives aux poursuites (70% des réponses pénales apportée à la délinquance), on peut avoir un mineur qui a commis un fait simple, dont la personnalité ne pose pas trop de difficultés. Le parquet va décider de le renvoyer devant un délégué du procureur pour un rappel à la loi, le renvoyer devant une structure sanitaire et sociale comme la CDAP dans le cadre de la consommation de stupéfiants. Il y a également des mesures de réparation pénale, qui proposent un accompagnement du mineur. Le plus souvent le rôle de la PJJ va être de rappeler les termes de la loi au mineur, en relation avec les activités commises. L'autre possibilité pour le procureur, il peut décider de ne pas ordonner une alternative aux poursuites et saisir de la juridiction des mineurs. Sur quel critère repose cette décision ? Sur la gravité des faits commis et/ou la personnalité du mineur.

Concernant les mineurs délinquants on a affaire au facteur temps : Nous ne devons intervenir ni trop tôt, ni trop tard. Ni trop tôt, car on peut assister à l'évolution d'un mineur qui peut prendre conscience de certaines choses, mais on ne doit pas intervenir trop tard pour éviter développement d'un sentiment d'impunité. On a souvent en tête que l'on est face à des mineurs multirécidivistes, il faut être plus réaliste car heureusement la majorité de mineurs que l'on voit devant le juge des enfants, on ne les revoit pas. Pour ce type de mineur multirécidiviste, le parquet décide à la suite de la garde à vue de déférer le mineur, pour demander son placement sous contrôle judiciaire. Le déferrement des mineurs arrive quand apparaît le besoin de détention provisoire : on a tout essayé avant, il est donc nécessaire qu'une réponse soit apportée afin de protéger le mineur et d'éviter la répétition des faits. L'autre type de mesures éducatives qui peut être prononcée c'est le suivi par la protection de la jeunesse.

Les sanctions éducatives sont rarement prononcées car il n'y a pas de sanctions prévues pour le non-respect des sanctions prévues. Les peines qui peuvent être prononcées sont les mêmes que pour les majeurs : emprisonnement avec sursis avec mise à l'épreuve et obligation de soins, l'emprisonnement ferme, les amendes et les travaux d'intérêts généraux. Une dernière chose, quand on a affaire à des mineurs violents, on est face à une nécessité de prise en charge médicale et notamment psychiatrique.

**- Céline BRION, Vice-Présidente, Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Dijon**

Il y a beaucoup de choses qui ont déjà été dites par mes collègues ce matin et par Madame DELATRONCHETTE à l'instant, sur le rôle du juge des enfants à l'égard des mineurs délinquants. L'objet de mon propos va être de montrer qu'il y a des interconnexions entre l'action civile du juge des enfants et les mesures d'assistance éducative avec pour fondement le code civil, et l'action pénale lorsque l'on est saisi d'une action pénale par le procureur de la République sur le fondement de l'ordonnance du 2 février 1945. Je vais faire un rapide rappel de nos champs de compétences et de nos moyens d'actions.

Si on reprend le parcours d'un mineur délinquant, un mineur réitérant qui est dans des passages violents, on se rend compte très souvent que les difficultés remontent à la petite enfance et ces problèmes de délinquance trouvent leurs origines dans des carences éducatives. Dans ce cas-là, le rôle ou l'absence d'implication des parents sont déterminants. Très rapidement, la compétence du juge des enfants en matière d'assistance éducative peut être prononcée à l'égard de tout mineur, de la naissance à la majorité, dont la santé, la sécurité et la moralité sont en danger. La condition indispensable à l'intervention d'une mesure d'assistance éducative est que le titulaire de l'autorité parentale soit défaillant. Il faut que le danger trouve sa source dans le milieu familial ou que le titulaire de l'autorité parental ne soit pas en mesure de répondre aux besoins de son enfant. En matière d'assistance éducative, en cas d'incertitude du caractère de danger, on peut mettre en œuvre des mesures d'investigations, ce sont des mesures pluridisciplinaires qui comportent un volet éducatif et social et qui s'attache aux conditions de vie du mineur et de sa famille mais qui comporte également un volet psychologique. A l'issue de la première audience ou du dépôt du rapport d'investigation, on a pu identifier le danger. Le juge des enfants doit pouvoir déterminer la mesure d'assistance éducative la plus appropriée. Si le mineur peut être maintenu dans son environnement, c'est la mesure d'assistance éducative en milieu ouvert qui est privilégiée, car la règle est de faire en sorte de maintenir l'enfant dans sa famille. Lorsque de telles mesures ne suffisent pas et que la situation de danger est importante il faut extraire l'enfant de son milieu, c'est-à-dire le confier soit à un tiers, soit à un membre de la famille, soit on fait appel à l'aide sociale à l'enfance et le mineur sera placé dans un centre ou en famille d'accueil.

En matière pénale, nous sommes compétents pour les crimes commis par le mineur jusqu'à 16 ans, au-delà c'est la Cour d'Assise des mineurs qui est compétente. Pour les crimes des mineurs, le juge des enfants n'est pas seul : c'est le tribunal des enfants qui se réunit, il est compétent pour connaître des crimes commis par des mineurs de moins de 16 ans, des délits et des contraventions de 5<sup>e</sup> classe. On ne saisit pas d'office au pénal, on peut suggérer au procureur de s'intéresser à telle ou telle situation. Mais on est souvent destinataire en matière d'assistance éducative, de rapport d'agression du mineur, mais on ne peut s'auto saisir, c'est le procureur qui peut engager des poursuites pénales, par le biais d'une plainte ou d'une information judiciaire par exemple. Au pénal, il n'y a pas de minimum d'âge, tout mineur capable de discernement est susceptible d'être jugé s'il a commis une infraction. Cependant, il faut avoir plus de 13 ans pour faire l'objet de sanction pénale, avec le bénéfice de l'excuse de minorité.



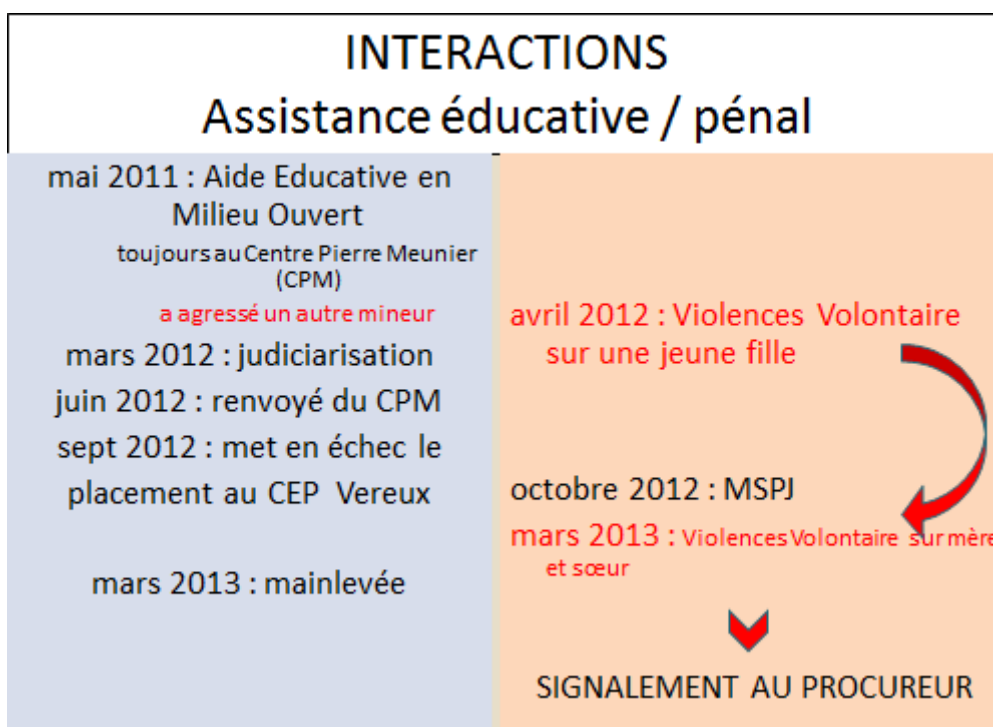
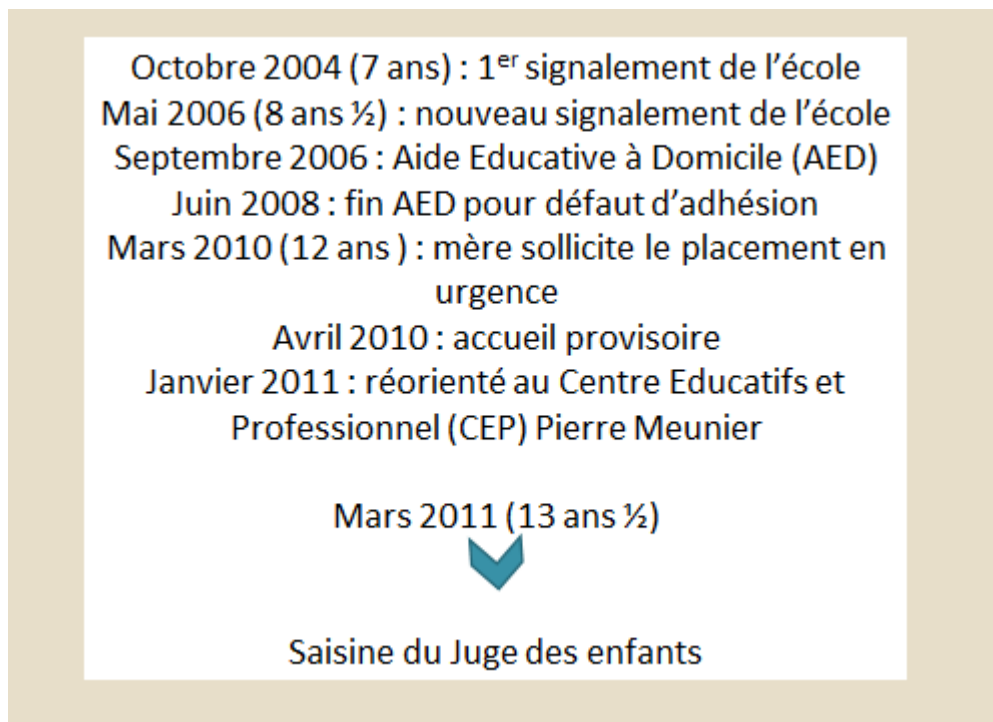
Les mesures éducatives sont l'admonestation, qui est un avertissement solennel à l'audience mais qui a tout de même conséquences importantes car il en reste une trace sur le casier judiciaire, au moins pour un certain temps ; la liberté surveillée, qui consiste en un suivi éducatif par les services de la protection judiciaire de la jeunesse pour une durée que le juge des enfants ou le tribunal des enfants détermine ; la mesure de réparation pénale, qu'on utilise beaucoup et qui consiste à entreprendre un travail de réflexion ou de réparation concrète au mineur pour lui faire prendre conscience de la gravité de son acte. On peut également recourir à une mesure de placement au pénal. Pour les peines, ce sont les mêmes que pour les majeurs à ceci près que l'on recourt très rarement à l'amende, car il faut le consentement du mineur pour pouvoir les condamner à une amende, et les mineurs ne sont pas enclins à les payer. L'emprisonnement est la peine d'exception mais elle n'est pas si rare que ça, on a quand même beaucoup recours au sursis avec mise à l'épreuve. Alors ce que je n'ai pas précisé, c'est que les peines ne peuvent être prononcées que par le Tribunal des enfants, c'est-à-dire le juge des enfants et deux assesseurs, et que les mesures éducatives peuvent être par contre prononcées par le juge des enfants jugeant seul en chambre du conseil ou par le tribunal pour enfant.

L'orientation entre ces deux formations de jugement est effectuée par le juge des enfants à l'issue de son instruction. Puisqu'effectivement, et c'est un rôle très important du juge des enfants au pénal, on ne s'attache pas seulement à la sanction, mais à tout le processus entre le moment où l'enfant est mis en examen et le moment du jugement qui va clore la procédure. C'est un luxe que n'ont pas les majeurs, à part en matière criminelle, où une information judiciaire va s'attacher à la personnalité, mais si vous avez commis un délit vous recevez une convocation devant le Tribunal correctionnel et éventuellement votre avocat va plaider en s'appuyant sur les éléments de votre personnalité. Pour les mineurs, le juge des enfants dans son instruction selon l'ordonnance de 1945, doit « parvenir à la manifestation de la vérité et à la connaissance de la personnalité du mineur et des moyens appropriés à sa rééducation ».

Pour connaître le mineur, on va avoir recours aux expertises qui sont obligatoires dans certains domaines, notamment d'agressions sexuelles, où la loi nous impose d'ordonner une expertise psychiatrique de l'auteur. Nous recourons également à la mesure judiciaire d'investigation éducative, qui est menée par la PJJ qui s'attache au mineur dans son environnement, au conditionnement de ses parents, à sa position face à l'infraction qui a été commise, et qui comprend également un bilan psychologique. Nous avons également recours aux mesures éducatives préjudicielles, qui nous permettent d'orienter la suite de la procédure par exemple pour un mineur que l'on ne connaîtrait pas, nous allons ordonner une mesure de réparation pénale préjudicielle et nous déciderons ou non en fonction du bilan de l'orientation de la procédure. Soit le bilan est positif et l'affaire est orientée vers le juge des enfants statuant à juge unique en chambre du conseil, où une mesure éducative sera prononcée ; soit si le bilan est négatif, l'affaire pourra être orientée vers le tribunal des enfants où le mineur pourra être condamné à une peine. Les mesures éducatives préjudicielles sont suivies par un éducateur de la PJJ.

Outre ce rappel rapide, je vais illustrer mon propos par deux cas de mineurs que j'ai suivi dans mon cabinet. Ce sont deux cas de mineurs qui sont dans des passages à l'acte violents, pas forcément gravissimes au niveau des conséquences, mais il s'agit de mineurs qui ne sont pas capable de se maîtriser dans leurs relations conflictuelles. Ce sont des mineurs réitérant, et précédemment suivis en assistance éducative. Tout ça pour illustrer le fait que, très souvent, on constate des troubles du comportement dans l'enfance, en précisant que la majorité des auteurs d'infractions mineurs ne réitèrent pas, mais que malheureusement les quelques mineurs réitérant nous occupent énormément, jusqu'à ce qu'ils deviennent majeurs, et en général la « balle » passe à nos collègues du tribunal correctionnel. Ces deux mineurs ont été suivis en assistance éducative mais fort heureusement, tous les enfants qui sont suivis en raison de troubles du comportement ne deviennent pas mineurs délinquants, et à l'inverse tous les mineurs délinquants n'ont pas été suivis en mesures d'assistance éducative. Par un mystère qui nous échappe, certaines situations n'ont jamais été signalées.

1<sup>er</sup> cas : Justin né le 21 juin 1997 :



# INTERVENTION EXCLUSIVE AU PENAL

avril 2013 : violences volontaires sur sa mère et sa sœur

placé en garde à vue et déféré  
CJ: placé au Centre Educatif et Social  
de SALORNAY

juin 2013 : dégradations en réunion

octobre 2013 : violences volontaires sur sa mère

novembre 2013: réorientation à l'Etablissement  
De Placement Educatif de DIJON

décembre 2013 : 3 mois de Sursis avec Mise à l'Epreuve  
maintien du placement pour six mois

35 heures de Travaux d'intérêt Généraux

mai 2013 : 3 mois sursis



## 2<sup>e</sup> cas : Samir né le 17 décembre 1998 :

début 2006(7 ans ½) : signalement de l'école  
dépôt de plainte suite violences sur une fillette  
(rouée de coups)  
convocation à la Brigade des mineurs

Juin 2006



Saisine du Juge des enfants

## INTERACTIONS

### Assistance éducative / pénal

sept 2006: mesure d'investigation  
 mai 2007 : décès du père  
 Assistance éducative en milieu Ouvert (AEMO)  
 juin 2009 : orientation I.T.E.P  
 mai 2010 : décision de placement  
 février 2011 : placé au Centre Educatif et Social Bellevue  
 septembre 2011 : exclu  
 janvier 2012 : exclusion collège Rameau  
 mainlevée placement, AEMO  
 août 2012 : nll décision de placement

Multiples infractions pénales dont le juge des enfants n'est pas saisi (alternatives aux poursuites)

## INTERACTIONS

### Assistance éducative / pénal

janvier 2013 exclusion collège Lentillères  
 août 2013 : Maison de l'enfance  
 nov 2013 : exclu collège Boris Vian  
 décembre 2013 : placement à domicile  
 février 2014 : exclu collège de Quétigny  
  
 DESCOLARISE  
 CLOTURE DE LA PROCEDURE D'ASSISTANCE EDUCATIVE

avril 2013 : vol d'un téléphone  
 août 2013 : violences multiples  
 sept 2013 : audience de M.E.X.  
 liberté surveillée préjudicielle  
 nov 2013 : violences sur une jeune fille au collège  
 février 2014 : audience de M.E.X.  
 mesure d'investigation  
 mars 2014 : audience de MEX  
 Été 2014 : multiples faits de vols aggravés  
 MET EN ECHEC PLUSIEURS PLACEMENTS AU PENAL/ DECES DU FRERE/ PART CHEZ SA SOEUR  
 CONDAMNE à un Sursis avec Mise Educatif



L'intervention du juge des enfants atteint dans certains cas ses limites. Notamment quand le mineur a dans sa petite enfance a été confronté à l'absence de limites, lorsque l'on rencontre l'impossibilité de pouvoir s'appuyer sur les parents ou lorsque le mineur met en échec les différents dispositifs d'aide. Nous sommes également un peu démunis face à l'escalade des passages à l'acte, et face aux délais de procédure qui sont long. Pour fini la déscolarisation et l'absence de projet professionnel sur lequel s'appuyer.

➤ **L'intervention éducative dans un cadre judiciaire**

- **Jean-Philippe Michaud, Directeur de l'établissement de placement éducatif de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)**

La Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) est l'une des cinq directions du Ministère de la Justice. Elle fonde son intervention sur deux textes fondamentaux : l'ordonnance du 02 février 1945 relative à l'enfance délinquante et l'ordonnance du 23 décembre 1958 relative à l'enfance en danger. Le premier texte fondait l'intervention auprès des mineurs délinquants dans un cadre pénal en faisant du Juge des Enfants, juge spécialisé, l'acteur clef de cette justice pénale. Le texte de 58, tout aussi important, parachevait un modèle protectionnel de Justice des mineurs, élargissant les compétences du juge des Enfants à la justice civile et posant le principe, récemment rappelé par Madame SULTAN, directrice de la PJJ et par Madame TAUBIRA, Garde de Sceaux, qu'un « mineur délinquant est le plus souvent un mineur en danger », en danger de délinquance.

L'un des principes généraux de ces ordonnances est celui de la primauté de l'éducation dans la réponse judiciaire, qu'elle soit civile ou pénale. Éduquer, à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, c'est reconnaître qu'un mineur est un être en devenir, pour lequel tous les possibles sont ouverts et dont la situation de minorité, caractérisée par la vulnérabilité et l'inachèvement, exige protection et éducation.

Après avoir fondé son intervention sur le modèle de l'institution totale (années 40 à 60) puis sur le modèle thérapeutique (années 70 à 90), l'Education Surveillée devenue Protection Judiciaire de la Jeunesse, a formalisé depuis le début des années 2000 un cadre d'intervention éducative spécifique qui a donné lieu à une circulaire très importante en 2010 : la circulaire d'orientation sur l'action d'éducation dans le cadre pénal du 02 février 2010. Le fait d'avoir signé cette circulaire un jour anniversaire de l'ordonnance de 1945 est révélateur du poids que l'institution souhaitait donner à ce texte.

Avant de vous présenter le cadre d'intervention proposé par cette circulaire, je souhaite préciser deux points :

- Le premier, c'est que la prise en charge des mineurs délinquants est un sous-ensemble du champ plus large de la Protection de l'Enfance.

La Protection de l'Enfance comprend différents modes d'intervention : Civil / Pénal, Administratif / Judiciaire, Milieu ouvert / Placement. En cela, une intervention en milieu ouvert dans un cadre administratif civil se distingue d'un placement judiciaire pénal. Pour autant, au sein du vaste champ de la Protection de l'Enfance on peut également dire qu'il existe des fondamentaux communs de l'intervention éducative.

La volonté du législateur d'affirmer l'unité d'intervention passe notamment par le rattachement des établissements et services de la PJJ au champ des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. La loi du 02 janvier 2002 crée ainsi un cadre d'intervention commun et des outils spécifiques qui s'imposent à tous et qui font qu'un livret d'accueil, un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC), ou une instance de participation seront proposées à chaque usager, tant dans un service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) que dans une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), un Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert et d'Insertion (STEMOI) de la PJJ ou un Centre Educatif Fermé (CEF). La loi du 2 janvier 2002 pose ainsi le principe que tout usager a droit à une prise en charge de qualité, élaborée avec sa participation, adaptée à ses besoins et évaluée de manière permanente.

- Je vais maintenant centrer mon propos sur le cadre judiciaire qui nous réunit aujourd'hui, et c'est le deuxième point que je souhaite préciser.

Ce qui me semble fonder l'intervention dans un cadre judiciaire, tant civil que pénal, c'est ce que nous appelons, dans notre jargon, la dialectique de l'éducatif et du judiciaire : le dosage subtil entre contenance éducative et contrainte judiciaire, entre dimension contenante et dimension contraignante.

L'adolescence est marquée à la fois par la confrontation aux normes, aux contraintes, au monde des adultes et à un besoin d'être rassuré dans cette période de grands bouleversements intimes. Les adolescents pris en charge par la PJJ adoptent, pour beaucoup d'entre eux, des attitudes d'opposition, de refus, de rejet, susceptibles de porter la marque d'un déficit de confiance dans les adultes et d'une incapacité à accepter d'être contenus par eux. Ces difficultés peuvent entraver leurs capacités à établir des relations apaisées avec leur environnement. Leur histoire, parfois marquée par une accumulation de ruptures, par de grandes discontinuités et incohérences, peut expliquer ces difficultés particulières. Les professionnels et le cadre judiciaire de l'intervention éducative doivent donc pouvoir assurer une fonction « contenante » propre à sécuriser un espace intime, à soutenir le lien éducatif structurant pour l'adolescent.

Contenance éducative et contrainte judiciaire sont donc les deux leviers de l'intervention éducative dans le cadre judiciaire et ce qui distingue fondamentalement l'intervention proposée par une MECS ou un service d'AEMO et un CEF ou un Etablissement de Placement Educatif, c'est le dosage entre les deux, adapté à ce dont le mineur a besoin.

L'acteur clef de ce dosage, c'est le magistrat, le juge des enfants, qui, sur proposition des services éducatifs, va prendre une décision dans un cadre ou dans un autre : civil/pénal, MO/placement.

J'insiste sur ce point, mais il me semble très important de bien le préciser. La Protection Judiciaire de la Jeunesse n'a jamais la capacité de s'auto-mandater, et c'est cela aussi la dialectique de l'éducatif et du judiciaire : la PJJ propose, le magistrat dispose.

J'en viens maintenant à la présentation de la circulaire d'orientation sur l'action d'éducation dans le cadre pénal du 2 février 2010.

Cette circulaire précise à la fois le cadre pénal de l'action d'éducation et le contenu de cette action d'éducation dans le cadre pénal.

### **Le cadre pénal de l'action d'éducation :**

La prise en charge commence par la phase préjudicielle. La phase préjudicielle, aussi appelée phase pré-sententielle, est la séquence judiciaire comprise entre la mise en examen et le jugement. Je préfère le terme « préjudicielle » à celui de « pré-sententielle », car, par-delà l'indication chronologique, la qualification de préjudicielle vient dire quelque chose de la nature de l'intervention éducative proposée à ce stade. Juger un mineur ayant commis un acte de délinquance, c'est répondre à deux questions. Certes comme pour un majeur, il faut répondre à la question de la culpabilité, mais avant de répondre à cette question, il faut élucider la question préjudicielle : celle du contexte du passage à l'acte et celle de l'évolution de l'enfant. L'intervention éducative à ce stade vise donc une double finalité d'exploration et d'étayage. Compréhension de ce qui a rendu possible le passage à l'acte délinquant et étayage, tant du mineur que de sa famille, pour éviter la récidive.

Vient ensuite, dans un temps plus ou moins long, en fonction du contexte, le jugement. L'audience de jugement constitue un levier dans la mise en œuvre de l'action d'éducation. Le service y présente et soutient le bilan de son action, il expose les hypothèses de travail retenues et explicite la pertinence des choix opérés au regard de la situation du mineur. Il donne à la juridiction les éléments permettant de mesurer les évolutions du mineur depuis le début de sa prise en charge. Il précise enfin les perspectives possibles et attendues en termes d'action d'éducation.

Après le jugement, c'est la phase post-sententielle. Pour un mineur, la cohérence des adultes qui l'entourent est essentielle. Dans la phase post sententielle, l'articulation entre l'action du service chargé de la mise en œuvre de la mesure et/ou de la peine et le juge chargé du suivi judiciaire est un enjeu important.

Ainsi, le service évalue régulièrement la situation du mineur, rend compte au juge de son évolution et du respect des éventuelles obligations fixées.

Ces rapports permettent au service d'être à même de proposer au juge des enfants les adaptations aux mesures éducatives ainsi que les modifications pertinentes des obligations. Enfin, en cas de difficultés, l'ensemble du panel de solutions doit être envisagé afin de proposer au juge des enfants la réponse la plus adaptée, qui n'est pas d'emblée celle de la révocation totale ou partielle en cas de sursis.

Voilà pour le cadre pénal de l'action d'éducation.

### **Voyons maintenant le contenu de l'action d'éducation dans le cadre pénal :**

L'approche de l'action d'éducation ne saurait être la même pour tous les mineurs. Ainsi, engager une action d'éducation c'est d'abord disposer d'une investigation approfondie de sa situation pour pouvoir élaborer des hypothèses de travail et des modalités d'interventions adaptées. Cela permet de ne pas réduire le mineur à ses actes ou à une identité de mineur délinquant.

### Une évaluation qui prend en compte la spécificité de la situation du mineur

L'élaboration d'une stratégie d'intervention éducative nécessite la détermination d'hypothèses de travail spécifiques. Ces hypothèses sont définies soit à partir des conclusions d'une mesure d'investigation réalisée récemment, soit à partir de l'analyse approfondie et argumentée des caractéristiques de la situation du mineur, de sa famille, de son environnement mais également au regard des actes commis et de leurs circonstances.

Ces éléments de connaissance aident à évaluer le sens de la transgression et permettent la mise en perspective de l'acte commis, de la trajectoire et de la personnalité du mineur, de ses relations familiales et sociales, sans se limiter à une causalité directe et unique.

### La prise en compte de l'acte commis

L'intervention éducative doit permettre au mineur de construire sa personnalité en améliorant son rapport à lui-même et aux autres, afin qu'il puisse prendre en compte sa responsabilité dans l'acte qu'il a commis. L'objectif est de l'amener à retrouver une capacité de lien et d'échange avec son environnement, sans recourir à des passages à l'acte, destructeurs pour lui et les autres.

Ce travail sur l'acte doit être pris en compte de manière continue pendant la durée de la mesure et/ou de la peine pour permettre au mineur de progresser dans la compréhension de la nécessité et de la légitimité des valeurs de notre société et dans l'acceptation du bien-fondé des limites nécessaires et des interdits, garants de la vie en collectivité.

### Le rappel de la loi

L'efficacité du rappel de la loi ( $\neq$  rappel à la loi), suppose que le mineur puisse la percevoir comme tierce exerçant ses effets sur tous, bien qu'elle n'appartienne en propre ni à lui ni aux autres. Cela suppose que la loi ne soit pas perçue par le mineur comme un instrument utilisé pour l'asservir, et donc comme un attribut de ceux, parents, éducateurs ou juges qui la rappellent et la transmettent.

### La construction d'un espace tiers

L'appréciation de cette capacité constitue un élément clé pour orienter l'action d'éducation. Elle doit notamment se fonder sur l'évaluation de la place qu'occupent la violence et la transgression dans les relations que le mineur établit avec les autres. Cette appréciation doit faire la part de ce qui relève de la provocation à la réponse de l'autre et de ce qui relève de la destruction, visant à nier l'autre.

Cette appréciation est essentielle en ce qu'elle conditionne ce rappel de la loi : le poids respectif de chacune de ces deux composantes (provocation, destruction) doit être pris en compte pour déterminer la place qu'il convient de donner au rappel de la loi dans l'action d'éducation. En effet, plus la dimension destructive est prévalente, plus il importe de porter ses efforts sur la construction d'un espace tiers permettant de tirer le meilleur parti du rappel de la loi. A contrario, plus l'appel à l'autre est prévalent, plus les chances sont grandes que ce rappel de la loi puisse exercer directement ses effets.

Dans tous les cas, ces éléments doivent permettre d'apprécier la place qu'il convient de donner à la contrainte et au faire-avec, en les adaptant toujours au cas par cas, dans le respect de la décision judiciaire.

### La prise en compte de la globalité de l'environnement du mineur

L'élaboration de l'action d'éducation s'enrichira utilement de la prise en compte de toutes les composantes de l'environnement social du mineur.

#### *La place essentielle de la famille*

Les parents, ou les détenteurs de l'autorité parentale sont chargés, comme la loi l'indique, de l'entretien, de l'éducation et de la protection de leurs enfants. C'est pourquoi toute action d'éducation doit se faire avec eux et doit les impliquer depuis l'élaboration du projet individuel jusqu'à sa mise en œuvre et son évaluation régulière qui mène à la formulation de propositions destinées aux juridictions : en s'appuyant sur leurs ressources propres, leurs capacités, et en leur rappelant leurs droits et leurs devoirs.

Outre le respect de la loi du 2 janvier 2002 et de ses obligations, l'action d'éducation garantissant la réelle implication des représentants légaux contribue à préserver leur place et leur rôle dans l'éducation de leur enfant. Place et rôle que les mineurs acceptent le plus souvent et attendent, même s'ils les mettent à l'épreuve de façon fréquemment spectaculaire, comme le souligne le rapport d'avril 2008 de l'inspection de la PJJ « aspects de l'ordonnance du 2 février 1945 vus par les mineurs ». On peut y lire : « *quel que soit le type de mesure ou de peine, les jeunes auditionnés ont exprimé un besoin d'expériences de vie valorisantes, de rencontres et d'échanges avec des adultes contenant, disponibles, aux parcours de vie et métiers diversifiés* ».

#### *Le réseau de vie des mineurs*

Il convient de prendre en compte les questions de la loyauté vis-à-vis des règles du quartier, des interactions dans les groupes de pairs, des systèmes d'économie parallèle, de la place importante des produits toxiques dans les relations sociales, etc...

Il s'agit de développer une intervention qui prenne en compte ces différents aspects de l'environnement du mineur, en repérant les ressources et les freins. A ce titre, la mobilisation des réseaux associatifs, institutionnels, peut en effet soutenir la mise en place de l'action d'éducation en contribuant à la restauration du lien social ou en la facilitant.

#### La suite de l'intervention éducative

Au terme de la mesure et/ou de la peine, voire en cours de mesure en l'absence d'une nouvelle infraction qui relancerait le processus pénal, et en fonction de l'évolution du comportement du mineur et de sa situation, l'intervention éducative d'origine judiciaire peut cesser ou au contraire être prolongée. Dans ce dernier cas, il convient que les services proposent à la juridiction le maintien ou la modification souhaitable du cadre de l'intervention.

Il appartiendra alors au juge d'apprécier si l'intervention relève du cadre judiciaire, à travers une procédure d'assistance éducative, ou du cadre contractuel des services du conseil général.

Il est alors primordial que le service qui a conduit la mesure assure de manière active le passage de relais aux intervenants qui vont prolonger son action éducative. De même, s'agissant de mineurs au seuil de la majorité, il importe de concevoir une action d'éducation mobilisant le plus rapidement possible l'ensemble des partenaires susceptibles de contribuer à cette prise de relais. C'est pourquoi la qualité du partenariat constitue un facteur crucial de réussite dans la poursuite du parcours éducatif.

C'est le sens de la participation de la Protection judiciaire de la jeunesse à cette journée d'échange Psychiatrie Justice. Mieux se connaître pour mieux prendre en charge.

#### ➤ **Les expertises psychiatriques et les enjeux éthiques :**

##### **- Docteur Jean-Michel PINOIT, expert judiciaire inscrit près la Cour d'Appel de Dijon.**

L'enfant et l'adolescent sont des personnes dont la structuration psychique est en voie de développement, notamment les éléments de leur personnalité, mais ils ne sont pas fixés. De plus, l'adolescence est une période de bouleversement des repères. De ce fait, il est nécessaire pour lui d'avoir une absolue clarté dans la position des uns et des autres et par conséquent de l'expert. L'expert doit donc se positionner pour éviter les difficultés d'ordre déontologique.

Il faut rappeler les recommandations de la HAS : la première étant la séparation entre la position de l'expert (le psychiatre en l'occurrence) et le traitant. La position de l'expert de se récuser. Mais également la question du conflit d'intérêt. Il faut donc que l'expert ait une grande clarté de positionnement. Les obligations de l'expert sont les suivantes : sa mission est clairement décrite et le patient doit en être clairement informé. Il faut passer du temps à expliciter cette mission. Dans cette explicitation, il ne faut pas oublier les parents qui accompagnent régulièrement les adolescents. Mais leur présence a des impacts sur la position de l'expert. L'autre champ important est le secret professionnel qui s'impose. Il n'y a pas de secret pour le juge



dans le cadre de la mission mais que dans ce cadre, ce qui a tendance parfois à flouter les contours du secret professionnel dans le cadre de l'expertise notamment quand le premier article de l'ordonnance de l'expertise on trouve la formule « Tout renseignement que l'expert juge utile » : ces propos sont un peu vagues donc c'est toujours compliqué de trouver la limite. Le diagnostic psychiatrique repose sur de nombreux éléments, notamment des éléments biographiques qui touchent à tous les champs de la vie de ses parents et de l'enfant. Le fait que les parents soient là est parfois une bonne chose car nous avons souvent besoin d'informations de la petite enfance, que nous donnent les parents. Et parfois on a besoin d'éléments qui concernent le couple parental. Cela influe sur le développement de cet enfant.

La question autour du secret professionnel est notamment celle du dossier patient, « après avoir pris connaissance le cas échéant du DM », car il peut être important de recueillir des éléments d'une hospitalisation qui pourrait nous aider. Donc on demande l'accord aux parents de l'enfant ou de l'adolescent. Dans l'élaboration, il faut des renseignements concernant les parents, donc on a une obligation de faire et non pas de dire. Il faut donc argumenter nos discussions sans pour autant divulguer.

Il est très clair que les expertises n'ont pas pour vocation d'entrer dans le processus thérapeutique. Ce moment de rencontre expert/adolescent a des conséquences sur son avenir psychique et il ne faut pas l'oublier. Ce moment agit comme une sorte de sentence car cela va entrer dans le processus judiciaire. Il faut le rappeler dans la conduite de l'entretien et dans l'écrit rendu. Il faut toujours s'interroger sur les récidives et la décision judiciaire que l'on doit éclairer, dans un sens comme dans l'autre cela a des conséquences. Pour terminer, dernières recommandations de l'HAS : il est préférable que ces expertises soient menées par des médecins psychiatres qui évoluent dans le milieu de l'enfance et l'adolescence. Toute la question du monde éducatif et judiciaire et pédagogique est d'une extrême complexité il faut le vivre tous les jours pour pouvoir proposer quelque chose qui soit en cohérence avec la réalité

➤ **La prise en charge spécifique des adolescents en psychiatrie :**

**- Docteur Pierre BESSE et Docteur Audrey PINGAUD, Pédopsychiatres au Centre Hospitalier La Chartreuse.**

**Docteur BESSE :** Pour prolonger ce que disait le Docteur PINOIT, il faut se dire d'emblée que l'adolescence est une crise qui, pour la majorité des adolescents, est silencieuse. Puis d'autres qui ne vont pas bien vont exprimer cette crise du côté de la santé mentale, ou du côté des infractions, ou même les deux. C'est une crise de métamorphose du corps. L'adolescence entraîne donc un bouleversement. La crise n'est pas toujours un mot péjoratif. S'agissant de la violence, je ne ferai pas un exposé de la violence. Je ne peux vous parler que des sujets que je rencontre. Mais parler de LA violence, ce n'est pas possible. Et puis nous apprenons quelque chose de l'ordre de la loi qui se réfère au symbolique. La question de l'interdit, c'est ce qu'il en est de l'interdit mais non pas au regard du pénal mais au regard de la vie et de la pulsion de mort. C'est différent de ce qui est possible ou non ; ces enfants sont du côté du possible et du non-possible : « jusqu'où mon corps peut-il m'amener ? ».

Le Docteur BESSE laisse la parole au Docteur PINGAUD qui est responsable du Prisme et qui travaille à Upsilon et qui va parler de la manière dont on travaille avec des adolescents violents.

**Docteur PINGAUD :** J'interviens au CMP UPSILON situé rue Sambin à Dijon et à l'hôpital de jour Le Prisme sur le site du CH. Ces unités de soins accueillent des adolescents de 12 à 18 ans : ils présentent des troubles psychiatriques, et nous sont adressés par des médecins. Ce sont des adolescents accompagnés par leurs parents qui sont dans des demandes de soins, on n'est pas dans le cadre des injonctions de soins. Ces adolescents présentent des troubles psychiatriques qui s'accompagnent de troubles du comportement. Pour ce qui est de l'évaluation médicale initiale de l'adolescent il faut prêter une attention particulière à son environnement familial. L'Hôpital de Jour a accueilli depuis 2010 180 ados : et 40% d'entre eux avaient bénéficié de mesures de protection de l'enfance. Les enfants soumis à des situations de stress dans famille ou à l'école ont un projet de suivi unique et personnalisé que l'on élabore.

Agir pour les adolescents suppose de mettre à distance les relations à l'autre, le cadre thérapeutique est explicité sous le sceau du secret. Cette condition permet une relation sécurisée. La place des parents est aussi importante. Être parent d'un enfant avec des troubles psychiatriques peut amener à avoir des comportements inadaptés. Ils sont dépassés et perdent leur bon sens. Nous leur proposons donc des espaces de guidance socio-éducatifs. Il y a également une guidance à la parentalité.

Pour Philippe JAMET, la maladie mentale c'est la destruction du vivant en nous. La prise en charge des adolescents difficiles nécessite le point de vue de la psychiatrie : la délinquance peut être comprise comme un mécanisme dont la réponse est sollicitée à travers une mise à l'épreuve des interdits.

**Docteur BESSE :** Nous travaillons sur la confiance, qui repose sur l'intime, il est donc très important que l'adolescent puisse avoir l'assurance que nous n'allons pas dévoiler ce qu'il peut nous confier. Dans les deux unités, il y a beaucoup de médiation et il est important que ces espaces soient protégés des intervenants extérieurs. Ce qu'on mobilise, c'est le monde interne, comment intégrer quelque chose telle que la loi, ce qu'est l'interdit. Exemple : l'interdit de l'inceste nous a fait passer de l'état de nature à l'état de culture (Levy Strauss).

➤ **L'obligation de soins pour un mineur :**

**- Table ronde : Juges des enfants / Psychiatres / Psychologues / Service Territorial Educatif Milieu Ouvert Insertion (STEMOI)**

**Madame Caroline PORTE-GILET, Directrice, Responsable des politiques institutionnelles de la Protection Judiciaire de La Jeunesse Direction territoriale Côte d'Or/Saône et Loire :** Parmi les principes qui sous-tendent l'action de la protection de la jeunesse, il y a la question de l'individualisation de la prise en charge et du pari de l'éducabilité. Pour nous, il n'y a pas d'échec : le pari de l'éducabilité ne se passe pas forcément dans le temps judiciaire. Nous ne nous sentons pas en échec par exemple dans la situation du jeune homme évoqué par Mme BRION. En effet, à la majorité, nous ne pouvons pas voir les fruits de notre travail mais voir l'impact de notre action quelques années plus tard et nous avons parfois le bonheur de les voir à 25 ou 30 ans et de constater qu'ils se sont posés et vont mieux. C'est ce qui fait que nous ne désespérons pas totalement, nous, éducateurs. Nous ne nous concentrons jamais que sur le passage à l'acte. Nous avons des équipes pluridisciplinaires et nous allons chercher à mobiliser des ressources en allant chercher des champs de compétences qui ne sont pas les nôtres.

Pour ce qui est des obligations de soins, celles-ci résultent d'une décision du magistrat. Le contrôle judiciaire peut avoir des obligations de soins, le sursis avec mise à l'épreuve et également la conditionnelle peuvent être assorties d'une obligation de soins. Dans ce cadre spécifique, nous avons une triple mission : celle du contrôle, de vérifier que le mineur réalise bien cette mission de soins. Dans ce cadre-là, il faut se mettre dans une démarche de soutien, c'est le savoir-faire des éducateurs de la PJJ qui va amener à la dédramatisation du soin, et permettre le transfert vers une relation de confiance. Notre deuxième mission c'est l'information au magistrat de la réalisation ou non de cette obligation. Nous avons également une mission d'aide à la décision, les magistrats ont fait tout pour que le mineur réalise cette obligation de soins, on essaye d'éclairer ce propos.

Pour ce qui est de la question de la contrainte, de toute façon qu'il soit ou non question du soin, nous sommes toujours en quête de cette adhésion et nous essayons de faire levier à partir de la procédure pénale.

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infantile-juvénile :** Quels sont les chemins qui vous amènent à ordonner une obligation de soins ?

**Madame Jeanne DELATRONCHETTE, Substitut du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** L'obligation de soins, on va la requérir quand on est face à un mineur qui a des problématiques de dépendance, mais aussi compte tenu de la nature de son passage à l'acte. Quand il s'agit de petits vols, qui ne semblent pas démontrer un mal être, il n'est pas nécessaire de prononcer cette obligation car on ne peut l'adresser à tous les ados. Mais on se pose la question en matière d'abus sexuel,

ou lorsque l'on est dans le cadre de non intégration de la Loi avec un « L » majuscule, c'est-à-dire des règles générales régissant notre société. Lorsqu'également nous sommes confrontés à des violences graves avec une impulsivité, l'envoi vers un psychiatre pourra permettre de canaliser leur violence.

**Madame Céline BRION, Vice-Présidente, Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** j'essaie de rester prudente vis à vis des obligations de soins : je l'impose lors de la dépendance aux toxiques. Pour les auteurs d'infractions sexuelles elle est ordonnée assez souvent mais fait suite à un travail déjà entamé en collaboration avec la PJJ. En revanche, à l'égard des autres délits et la tendance au passage à l'acte, ils ne se sentent pas malade, donc est ce que l'obligation est nécessaire et efficace ?

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-juvénile :** Ce que l'on constate, c'est qu'un enfant ou un ado qui va mal peut présenter son mal être dans l'agir. Un enfant agité n'est pas forcément un enfant hyper actif, mais peut être un enfant déprimé. Un adolescent qui multiplie les passages à l'acte est un adolescent qui peut aller mal et qui veut se faire punir et corriger. La question de l'injonction au niveau de l'ISCO est de savoir comment travailler avec l'adolescent qui n'a pas conscience que ce qu'il faisait était répréhensible. Qu'est ce l'on peut faire si l'adolescent ne vient pas ?

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Personnellement, je n'ai jamais révoqué une mesure sur le seul absentéisme à son rendez-vous. C'est un dernier recours.

Nous ne sommes jamais face à une personne qui ne coopère pas du tout. On sait que l'obligation de soins n'est pas une solution miracle, mais on veut démarrer quelque chose. La sanction pénale doit prévenir la récidive.

## II. ECHANGES AVEC LA SALLE ET CLÔTURE.

**Modérateurs :** - Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.

- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon.

- Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon.

**Madame Marie-Françoise JAN, membre de l'UNAFAM 21 et représentante des usagers au Centre Hospitalier La Chartreuse :** Nous avons parlé de l'adolescent comme une personne unique, quel est le travail qui peut être fait avec la famille ? Car nous sommes contactés par des familles d'adolescents de 15 ou 16 ans qui nous appellent et qui sont complètement démunies face à leur enfant ayant des passages à l'acte violents. Comment travaillez-vous avec ces familles ?

**Madame Céline BRION, Vice-Présidente, Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Si l'on peut s'appuyer sur les parents c'est une grande chose, mais parfois ce n'est pas possible. Donc on leur dit de solliciter de l'aide au niveau éducatif, avec par exemple une assistance éducative.

**Madame Christine ANGLADE, membre de l'UNAFAM 21 :** un acte de délinquance peut aussi montrer un début de maladie et cela peut arriver dans n'importe quelle famille.

**Madame Céline BRION, Vice-Présidente, Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Oui mais je rappelle que l'on ne s'autosaisi pas. On est conscient qu'il y a cette problématique de maladie psychiatrique, mais l'on ne peut intervenir qu'en cas de dépôt de plainte ou de saisine par le procureur de la République.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :** Sur les passages à l'acte lors de psychoses émergentes ici au CH nous développons un CIPP un autour des jeunes majeurs et de la prise en charge au plus tôt de leur psychose.

**Maître Claude POLETTE, avocat au Barreau de Dijon :** quand on est face à un adolescent avec des passages à l'acte réitérés et qu'avec la famille il y a un problème de type dépression, quelle accroche de discours peut-on tenir pour les inciter à parler avec quelqu'un ?

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-juvénile :** C'est la question de l'alliance ? Je vous dirai surtout de vous appuyer sur les familles dans ce cas car ce sont des mineurs et que les parents peuvent obliger les enfants à consulter. Parfois les enfants viennent et s'en vont pendant la consultation. Malheureusement ce qui va engager le soin est un « agir » par un passage à l'acte, notamment suicidaire.

**Docteur Jean-Michel PINOIT, expert judiciaire inscrit près la Cour d'Appel de Dijon :** Nous sommes confrontés à cela. Les Jeux vidéo et les stupéfiants, lorsque nous avons une alliance avec les parents, peut les amener à une Hospitalisation Complète. Donc là, le temps est différent et on peut amener à quelque chose de différent de l'ambulatoire.

**Protection judiciaire de la Jeunesse - Brigade des mineurs :** J'aimerais savoir où il est possible d'orienter les parents quand ils viennent nous voir ? Car la maison des adolescents est prévue pour des troubles mineurs, la prise en charge à Upsilon est très dure d'accès car il y a une grande liste d'attente, où puis-je les envoyer quand il y a problème de fugue par exemple ?

**Docteur Pierre BESSE, Pédopsychiatre au CH La Chartreuse, chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-juvénile :** La maison de l'adolescent n'est pas un lieu de soins mais un lieu d'accueil et d'orientation. Il y a Upsilon mais le délai d'attente n'est pas si long que ça, surtout lorsqu'il y a des situations d'urgence. Dans ce cas, il faut aller au service d'urgences de pédiatrie. Sinon, il faut que les parents appellent Upsilon et il y aura entretien infirmier et si la situation le nécessite, l'enfant verra le psychiatre.

**Madame Pascale FAIVRE, Cadre technique Enfance, Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Conseil Général de Côte d'Or :** Au niveau départemental, il y a des accueils solidarité familles que l'on peut interpeller à tout moment. Nous travaillons aussi avec des équipes spécialisées. Un autre dispositif possible, c'est celui de l'équipe de prévention mobile qui intervient directement vers l'adolescent, à la demande des parents.

## **CLOTURE DE LA JOURNEE :**

**Monsieur Claude CONSIGNY, Président du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Je remercie tous les participants à cette journée. Nous avons eu des échanges fructueux. C'est ce qui fait l'intérêt de ce petit amphithéâtre, c'est cette proximité entre les intervenants et les auditeurs qui permettent des échanges très enrichissants. De plus, le lieu est très propice puisque nous sommes au sein du Centre Hospitalier. J'espère vivement qu'il y aura une quatrième journée.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Ces troisièmes journées n'ont pas failli à leur ambition car elles ont été riches en échanges mais si parfois il y a une certaine frustration car on n'a pas pu échanger assez. Ce qu'on retient de cette journée autour de cette question de la souffrance des enfants, c'est que si l'on veut faire du bon travail nous tous, il faut pour la prise en charge des enfants, de la pluridisciplinarité de la complémentarité, de la connaissance des limites de ce que l'autre peut faire, et surtout, avoir une grande humilité face à cette question de la prise en charge des mineurs.

**Monsieur Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse :** Merci à tous d'avoir assisté à cette belle journée, ainsi qu'à tous nos intervenants. Je tiens à remercier tout spécialement Mlle GIRAULT, notre responsable des affaires juridiques, et Mlle FILLAUD auditrice de justice, qui a réalisé un stage dans notre structure, pour avoir organisé cette journée. La quatrième journée aura donc pour thème le détenu et sa prise en charge psychiatrique, avec toute la problématique du SMPR et de l'UHSA. Encore une belle journée d'échange perspective.



# BIBLIOGRAPHIE



## 3<sup>ème</sup> Journée d'échanges Psychiatrie & Justice

Références bibliographiques  
Documents disponibles au centre de documentation

***Juin 2015***



**Les conséquences de la séparation parentale sur l'enfant :  
de l'impact sur la santé mentale aux réponses données par la justice**

## ● Impact de la séparation parentale

### → Livres

#### **L'enfant maltraité ou l'enfant oublié/ BRUNET, D. (2005)**

Paris : Ed. l'Harmattan, 2005. - 315. - (Santé, Société et Cultures)

ISBN 978-2-7475-8340-4

**Résumé** : A travers la présentation de plusieurs situations de maltraitance, l'auteur démontre l'importance des indices produits par l'enfant lui-même dans la détection de sévices physiques et/ou psychologiques dont il est victime. Sont abordés également les conséquences néfastes sur la santé physique et psychologique de l'enfant lorsque la justice, par souci d'équité entre la mère et le père, l'oblige à fréquenter le parent maltraitant.

---

#### **L'enfant et le couple en crise : du conflit psychologique au contentieux juridique / VIAUX, JL (1997)**

Paris : Dunod, 1997. - 219 p.

ISBN 978-2-10-003452-9.

**Résumé** : Essai de clarification sur les liens entre conflit familial et contentieux judiciaire, cet ouvrage est une réflexion sur la complexité des enjeux psychologiques de la séparation parentale, à travers son expression juridique : quel sens attribuer par exemple à une demande de reconnaissance de paternité, d'attribution d'un droit de visite, d'un changement de résidence, etc. ? Dessinant une nouvelle image de la parentalité, l'auteur s'interroge sur le devenir de la fonction parentale sous sa mise en forme juridique d'"exercice commun de l'autorité parentale".

---

### → Document électronique

**Un conjoint violent est-il un mauvais parent ? / BASTARD, Benoit, Auteur. - 2013. - 34.**

#### **Mots-clés**

PARENTALITE ; VIOLENCE CONJUGALE

---

### → Articles

**Entre débat et polémique, la résidence alternée. Première partie [dossier] / PRESME Nathalie, Directeur de publication; MISSONNIER Sylvain, Directeur de publication CARNET PSY n°181 (2014). - 18-49**

**Résumé**: La Waimh Francophone est une société savante regroupant des cliniciens de la périnatalité et de la première enfance. Notre motivation première pour réfléchir sur la résidence alternée était d'en envisager la spécificité quand elle est mise en place pour des nourrissons. L'essentiel pour nous est bien de réunir les conditions d'un débat vivant, évolutif, où la singularité clinique de chaque situation familiale et l'apport des recherches scientifiques pertinentes sont mieux pris en compte par les professionnels de notre association dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille. [d'après le texte de S. Missonnier]

---

**Entre débat et polémique, la résidence alternée. Seconde partie [dossier] / PRESME Nathalie, Directeur de publication; MISSONNIER Sylvain, Directeur de publication CARNET PSY n°182 (2014). - 32-49**

**Résumé**: Deuxième partie du dossier-débat sur la résidence alternée de l'enfant lors d'une séparation parentale. Cette partie traite plus particulièrement de l'aspect concernant le droit et la justice de la résidence alternée, mais toujours du côté de l'intérêt de l'enfant.

---

**Intérêt de l'enfant au regard du système judiciaire / PHELIP Jacqueline, Auteur CARNET PSY n°182 (2014). - 40-42**

**Résumé**: La présence ici de R. Constantino, avocat, et d'E. Durand, magistrat, illustre et témoigne qu'on ne



peut parler de résidence sans parler d'un acteur de la plus haute importance : la justice. Un acteur d'autant plus important que le sénat vient d'adopter un amendement qui veut rendre la résidence alternée comme principe prioritaire s'il y a désaccord des parents ou conflit familial. Dans le prolongement de ce que viennent d'exposer ces deux intervenants, je voudrais insister sur les difficultés posées à la justice et par la justice dans cette problématique. [d'après le texte de l'auteur]

---

**L'enfant piégé par le conflit de loyauté /** GODARD Wittmer Rebecca, Auteur  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°322 (2014).** - 47-51

**Résumé:** Lors d'une séparation parentale, les enfants se trouvent parfois pris dans des conflits conjugaux dont ils deviennent l'enjeu. Ils peuvent alors se trouver à devoir prendre parti malgré eux pour l'un et contre l'autre parent au détriment d'eux-mêmes. Pouvoir accompagner ces familles en prenant le temps de l'analyse des dimensions intrapsychiques et du dialogue avec chacun des protagonistes permettre à l'enfant de retrouver une place apaisée aux côtés de ses deux parents. [résumé d'auteur]

---

**Médiation familiale : une autre façon de sortir du conflit [dossier] /** COLLECTIF, Auteur  
**ECOLE DES PARENTS n°603 (2013).** - 18-36

**Mots-clés**

FAMILLE ; CONFLIT ; MEDIATION FAMILIALE

---

**Séparations terminées, séparations interminables, violences pour l'enfant /** MOGGIO Françoise, Auteur  
**PERSPECTIVES PSY vol 52 n°3 (2013).** - 237-244

**Résumé:** L'auteure s'intéresse aux possibles conséquences psychopathologiques sur l'enfant des situations de séparation des parents. Au travers de quatre vignettes cliniques, elle dégage plusieurs lignes de compréhension liées à ces situations (parmi lesquelles la dimension traumatique de la séparation et le coût psychique de la mobilisation de mécanismes de défense), qui constituent parfois des entraves au développement psychoaffectif de l'enfant. Par ailleurs, il insiste sur l'importance de la psychothérapie de l'enfant (ou de l'adolescent) en souffrance, laquelle aura pour objectifs, dans ces situations qui font courir au jeune patient le risque d'une atteinte des processus de subjectivation, d'analyser la conflictualité et de repositionner l'enfant (ou l'adolescent) comme sujet. [Résumé d'éditeur]

---

**La séparation et la dialectique présence-absence /** ROUSSILLON René, Auteur  
**CARNET PSY n°165 (2012).** - 49-53

**Résumé:** Le problème spécifique de la séparation est celui du passage de la présence à l'absence, c'est-à-dire celui du décollement de la représentation interne investie et de la perception investie. On sait qu'il faut attendre une certaine époque du développement (autour de 18 mois) pour que ce décollement puisse se faire dans de bonnes conditions, et que la disparition de la permanence de l'objet ne risque pas 'd'arracher' avec elle la représentation de l'objet, c'est-à-dire que la représentation de l'objet reste constante. [d'après le texte de l'auteur]

---

**Conflit de loyauté et conflit psychique. Une articulation anthropologique, clinique et judiciaire /** GOVINDAMA Yolande, Auteur; MAXIMY Martine de, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°56 (2012).** - 46-56

**Résumé:** Cet article traite du conflit de loyauté dans une double approche, celle de la réalité manifeste objectivable à travers les conduites, les discours, et celle, latente, à travers les enjeux psychiques implicites aux comportements et aux discours. Il met en évidence que le conflit de loyauté est inhérent à la vie tout comme le conflit psychique dont Freud fait une notion centrale dans la théorie des névroses. L'articulation de la clinique et du judiciaire dans leur dimension symbolique permet de traiter les conflits de loyauté et les conflits psychiques. Le propos est illustré par des cas cliniques.

---

**Conflit parental et conflit de loyauté : pour un usage raisonné de l'audition de l'enfant /** PERDRIOLLE Sylvie, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°56 (2012).** - 70-78

**Résumé:** L'enfant a le droit de demander au juge aux affaires familiales son audition quand ses parents, ne parvenant pas à s'accorder, ont saisi ce juge pour qu'il tranche le débat qui les oppose sur sa résidence ou ses relations avec chacun de ses parents. Cette audition est un acte de la procédure judiciaire : elle fera

l'objet d'un compte-rendu communiqué à chacun des parents et à leurs avocats. Les enfants s'essayent parfois à une stricte neutralité, tentent de dire sans trop en dire, dans cette bataille judiciaire qui déchire leurs parents. Quand ils disent délibérément leur sentiment à l'égard d'un parent, ils expriment une réelle souffrance. Cette audition signe la place centrale des enfants dans le conflit qui anime les parents. Ce droit pour l'enfant à être entendu mérite de ce fait un usage prudent.

---

**Conflits de loyauté, conflits d'appartenance : outils de la construction de l'enfant en accueil familial /**  
OXLEY Janine, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°56 (2012).** - 108-117

**Résumé:** L'enfant séparé de sa famille d'origine et confié à une famille d'accueil doit poursuivre sa construction entre deux modes de vie, avec des identifications en mosaïque. Quel est le rôle de l'institution de l'accueil familial dans cette nouvelle expérience pour l'enfant ? Quel accompagnement thérapeutique lui propose-t-on, afin que les conflits de loyauté ne l'emprisonnent pas dans les clivages destructeurs ? Comment la reconnaissance de la place des parents à part entière contribue-t-elle à la continuité des soins et à l'évolution de l'enfant ?

---

**Explorations autour de la notion de loyauté /** CALIN Daniel, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°56 (2012).** - 26-34

**Résumé:** A partir d'une exploration de l'étymologie et de l'histoire lexicale du terme loyauté, nous dégagerons ses significations générales. Nous suivrons ensuite l'introduction, récente, de ce terme dans les sciences humaines, en particulier dans le domaine des thérapies familiales. En privilégiant ses applications dans les systèmes familiaux et dans le milieu scolaire, nous mettrons en lumière la faible pertinence des usages de ce terme dans ces domaines. Nous concluons par une mise en garde à l'encontre d'une notion généralement valorisée, mais en réalité enracinée dans des archaïsmes relationnels et sociétaux.

---

**L'enfant sous emprise : le syndrome d'aliénation parentale [dossier] /** GOETGHELUCK, Delphine;  
GOUDARD, Bénédicte; Collectif  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°294 (2012).** - 18-39

**Résumé:** La situation de séparation du couple parental place l'enfant dans un contexte difficile, en ce qu'il l'oblige à vivre des ruptures relationnelles itératives et une perte de la sécurité apportée par la continuité relationnelle. Lorsque cette situation, nécessitant une élaboration psychique coûteuse, se double de complications relationnelles majeures entre les parents, l'impact sur la structuration psychique augmente. Et quand l'enfant se trouve pris dans une volonté réelle de la part d'un des parents d'entraver le lien qui l'unissait à l'autre parent, alors les conséquences sont dramatiques pour l'enfant. Il est pris dans une manipulation de ses propres perceptions pour se soumettre aux représentations imposées. Il est conduit à prendre à son compte et à mettre en acte et en mots le conflit, au risque d'un clivage laissant de côté la souffrance de la perte de relation avec un être cher au profit d'un comportement adapté aux attentes. Il doit souhaiter être avec l'un et appréhender, voire refuser, être avec l'autre. [résumé d'éditeur]

---

**L'enfant dans les séparations conflictuelles : le rôle de la justice /** MULON E, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°52 (2011).** - 49-58

**Résumé:** Lors de la séparation de ses parents, l'enfant se trouve au cœur d'un conflit dont il n'est pas responsable et qui n'est pas le sien. Pour autant, il en devient à la fois l'enjeu, l'instrument, l'acteur, la victime et le bourreau. Dans l'article, une avocate au barreau de Paris, spécialisée dans le droit de la famille, rappelle qu'il est essentiel que le processus de séparation, judiciaire et extrajudiciaire, lui permette de rester à sa place d'enfant, étranger au conflit de ses parents, et ce quel que soit son âge. Elle affirme qu'une telle nécessité commence par une prise de conscience impérative de la part des parents, la justice n'ayant ni l'envie ni les moyens de se substituer à eux.

---

**Séparation du couple et conflit parental autour des modalités d'hébergement des enfants : de l'utilité de l'articulation entre structures judiciaires et services d'aide et de soins médico-psycho-sociaux /**  
BECKER E, de; BEAGUE, M  
**PERSPECTIVES PSY vol 49 n°2 (2010).** - 116-129

**Résumé:** Pouvons-nous dire que les situations de conflits parentaux autour de l'hébergement des enfants envahissent les structures d'aide, de soin et judiciaire ? Interrogation quelque peu inutile tant nous constatons l'augmentation de ces tableaux aux répercussions multiples sur les enfants. La séparation du

couple ayant des enfants implique un réaménagement des places de chacun et la mise en place de nouveaux repères. En ce qui concerne plus particulièrement les enfants, la séparation entraîne une mobilisation considérable des parents afin d'organiser au mieux l'après-séparation. La fixation des modalités d'hébergement des enfants peut être la source de conflits considérables entre les adultes, conflits découlant nécessairement sur les enfants. Dans ce contexte et à la lumière de deux vignettes cliniques se centrant sur les « mouvements » des adultes, l'article tente de développer le bien-fondé d'une articulation entre service d'aide et de soins médico-psycho-sociaux et structures judiciaires. Cette articulation se doit d'être à chaque fois réfléchi pour gagner en pertinence et en efficacité, ceci pour conduire les adultes à plus de respect envers eux-mêmes et les plus jeunes. Certes, ce modèle n'est pas la panacée : toutefois, à côté de certains écueils, l'articulation entre systèmes permet de favoriser la cohérence et la communication, en soutenant les notions d'autorité faïtière et de diffraction des identifications. [résumé d'éditeur]

---

## ● Enfants en souffrance et pédopsychiatrie

### → Livres

---

#### Recherches en périnatalité / PRESME, Nathalie; DELION, Pierre; MISSONNIER Sylvain (2014)

Paris : Presses universitaires de France, 2014. - 376. - (Monographies de la psychiatrie de l'enfant)  
ISBN 978-2-13-062854-5.

**Résumé :** Les lecteurs de cet ouvrage trouveront les réflexions et les résultats des travaux de divers auteurs, tous professionnels impliqués dans la clinique et la recherche en périnatalité, maniant sans clivage les théories issues de la psychanalyse, de la psychologie du développement et des neurosciences. Certains auteurs sont des cliniciens accompagnant au quotidien les familles et les bébés en souffrance, d'autres sont des universitaires. La recherche clinique leur apporte un espace d'échanges dont cet ouvrage témoigne. Dans son texte d'hommage à M. Bydlowski, B. Golse spécifie les lignes de tension et de complémentarité entre les places du chercheur et du clinicien. Dans le champ de la clinique, plusieurs composantes sont traitées : l'observation des bébés, les effets de la suspicion de malformations découvertes à l'échographie fœtale sur la représentation de l'enfant à venir, les programmes de prévention précoce et les réflexions sur des thèmes tels que la maltraitance à fœtus, le bébé et la communication, le bébé et les enveloppes psychiques, mais aussi des travaux pour tenter de prévenir la dépression périnatale, ainsi que la question des soins palliatifs en salle de naissance. [Résumé de l'éditeur]

---

#### Psychiatrie pédopsychiatrie / THUILE, J (2008)

Issy-les-Moulineaux : Masson, 2008. - 358. - (Cahiers de l'ECN)  
ISBN 978-2-294-70112-2

**Résumé :** Cet ouvrage de cours synthétique traite l'ensemble des items de psychiatrie figurant au programme de DCEM2-DCEM4. Chaque chapitre, consacré à un item, est rédigé suivant un plan identique, original, clair et très didactique qui facilite l'apprentissage. Chaque item comprend les éléments systématiques suivants : les conférences de consensus, d'experts et les recommandations existantes ; des encadrés sur les notions importantes ; des repères permettant d'identifier les sujets déjà tombés au concours de l'internat et aux ECN (depuis 10 ans), clairement indiqués en regard du thème tombé avec leur date et un court résumé des Annales ; des renvois transversaux vers les autres items du programme (intra- et interdisciplinaires) ; les " zéros " aux questions ; une " Fiche dernier tour " qui propose un résumé de l'item pour une révision complète et rapide de celui-ci. En fin d'ouvrage, un glossaire rappelle les définitions des notions importantes en psychiatrie.

---

### → Document électronique

#### Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent : Guide de repérage. A l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale / MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE (2013)

EDUCATION ; PEDOPSYCHIATRIE ; TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT ; SOUFFRANCE PSYCHIQUE ; ADOLESCENT ; ENFANT ; MANUEL

---

### → Articles

**Organisation de l'offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent / DELION Pierre, Auteur  
REVUE DU PRATICIEN vol 64 n°4 (2014). - 520-524**

**Résumé:** Présentation de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile, assortie d'un arbre décisionnel devant un enfant ou un adolescent présentant une souffrance psychique avérée [résumé d'auteur]

---

**La périnatalité à la croisée des pratiques [dossier] / MISSONNIER Sylvain, Auteur; PRESME Nathalie, Auteur; BLAZY Micheline, Auteur; TAGAWA Odile, Auteur; BOIGE Nathalie, Auteur  
JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°309 (2013). - 20-52**

**Résumé:** La psychologie périnatale se donne deux objectifs indissociables : accueillir les dysharmonies relationnelles parents-embryon - fœtus - bébé, ainsi que les souffrances familiales ; engager une réflexion clinique et éthique sur les conditions d'existence d'une fonction soignante bientraitante. [résumé d'auteur]

---

**Familles et souffrance psychique : le point de vue du psychiatre / RUFO, Marcel  
PRATIQUES EN SANTE MENTALE vol 58 n°1 (2012). - 15-19**

**Résumé:** Celui qui est sûrement le psychiatre le plus médiatique de France reconnaît qu'à ses débuts, il a été 'terrorisé par la psychiatrie' et 'eu peur des patients'. Avec l'expérience, il analyse sa peur comme découlant de l'incompréhension de la pathologie psychiatrique invisible. Pour lui, celui qui a peur renvoie sur les familles les questionnements de son incompétence et, ainsi, crée une violence extraordinaire dans les rapports qu'il peut avoir. Il condamne 'l'imbécillité typique' de celui qui interroge les parents sur leur 'désir' sur un enfant porteur d'un trouble sévère du développement. Pourquoi n'écoute-t-il pas davantage les parents qui, eux, s'interrogent sur le développement de leur enfant ? Pourquoi n'entend-il pas cette 'réserve d'espérance' chez des parents qui restent optimistes, même dans les situations les plus graves ? Pourquoi ne voit-il pas les ressources disponibles de la famille ? [résumé d'auteur]

---

**Enfants et familles en souffrance : tensions éthiques en pédopsychiatrie / NEZELOF, Sylvie; MARTIN, Elisabeth; VULLIEZ, Lauriane  
INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 87 n°7 (2011). - 567-572**

**Résumé:** L'éthique dans sa double dimension, d'une part de bienfaisance (ou de non malfaisance), et d'autre part de respect de l'autonomie des personnes, est souvent mise en tension en pédopsychiatrie par des enjeux parfois contradictoires entre les besoins ou les demandes des enfants, et ceux des parents, notamment lorsque ceux-ci sont psychologiquement vulnérables. Comment protéger l'enfant sans disqualifier ses parents ? Comment concilier l'attention à l'enfant et les soins aux parents, sans mettre en danger l'un ou accentuer le malaise des autres ?

---

**Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire / LE GALUDEC, M; RICHARD, Y; SAINT ANDRE, S; GARLANTEZEC, R; LAZARTIGUES, A  
NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 59 n°1 (2011). - 1-7**

**Résumé:** Les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent assistent à une croissance des demandes de consultation. Cette étude conforte la majorité des observations de l'enquête préliminaire. Les demandes émanent principalement des familles et essentiellement pour des troubles du comportement externalisés. Ces troubles semblent être devenus un mode d'expression privilégié de la souffrance psychique des enfants et des adolescents dans notre société contemporaine. Afin de répondre aux demandes de consultation, il semble nécessaire de repenser les modalités de soins [résumé d'auteur]

## ● Signalements de l'enfant en danger

→ Livres

---

**Les relations hôpital, police, justice / DUJARDIN, Valérie (2013)**

Bordeaux : Etudes Hospitalières, 2013. - 296. - (Collection Tout savoir sur, ISSN 1290-7057) .  
ISBN 978-2-84874-409-4

**Résumé :** Santé et Justice prônent les mêmes valeurs humanistes, celles de la liberté, de la solidarité, de l'équité, de la protection de l'être humain en tant que sujet de droit. La philosophie a eu à cet égard des excursions fortes intéressantes. Ces deux mondes, au langage et mission si différents, œuvrant dans notre république démocratique, amènent à faire se rencontrer hôpital, police, justice, la santé et la sécurité. Comment la loi articule-t-elle les relations entre le monde sanitaire et le monde judiciaire au travers du serment d'Hippocrate, le ciment même de la relation entre le médecin et son patient autour d'un colloque singulier ? Quels sont les cadres d'intervention des services de police et de justice dans l'enceinte hospitalière ? Quelle est la légitimité desdites interventions ? Quelles informations revêtent un caractère communicable ? Quel formalisme suivre et respecter dans le cadre de ces interventions (enquêtes, auditions...) ? Quid des auxiliaires de justice (huissiers, notaires...) ? Quid des demandes de communication de documents détenus par les établissements de santé (dossiers médicaux), des auditions de patients ou de salariés, des témoignages en justice ? Quel est le cadre légal nouveau des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ? Quelles précautions juridiques adopter dans le cadre du contrôle du juge des libertés et de la détention ? Quelle conduite tenir en cas de découvertes de produits illicites (stupéfiants, boissons alcoolisées) ou d'armes ? Qu'en est-il de la responsabilité civile et pénale des patients auteurs d'actes de violence ou de dégradations volontaires ? Quelles démarches accomplir en cas de sorties de patients à l'insu du service, en cas de suicide ou en cas de maltraitance ? Quid des obligations inhérentes à la prise en charge des personnes détenues ?

---

### **L'inceste en question : secret et signalement / LELONG, S (2009)**

Paris : Harmattan, 2009. - 310. - (Etudes psychanalytiques)  
ISBN 978-2-296-07655-6.

**Résumé :** La conflictualité de la vie psychique et son irréductibilité à tout dessein linéaire procédant d'un passé infantile qui se reproduirait directement font qu'un enfant abusé ne deviendra pas nécessairement abuseur à brève échéance ou de manière différée. A contrario, tout couple parental incestueux a une histoire douloureuse marquée par une forme de maltraitance. Aussi l'enfant qui fait signe du côté de l'inceste dit une vérité impossible à extraire du cadre qui en a permis l'émergence. La dimension subjective de tels récits, recueillis lors d'un travail psychothérapeutique, ne peut suffire au magistrat pour établir la manifestation de la vérité qui ne repose que sur des preuves objectives. La question à laquelle est alors confrontée une équipe soignante est celle de savoir quand et comment provoquer un signalement si un passage à l'acte est subodoré. Surprendre les dynasties incestueuses implique d'adopter un point de vue transdisciplinaire.

---

### **→ Documents électroniques**

**Agir contre la maltraitance : Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance / ENFANCE ET PARTAGE, Auteur. - 2014. - 44.**

#### **Mots-clés**

MALTRAITANCE ; PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE:ENFANCE EN DANGER  
SIGNALEMENT ; ENFANT ; VIOLENCE ; SECRET PROFESSIONNEL

---

**L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur-jeune majeur en cours de mesure / ANESM, Auteur. - 2013. - 84.**

#### **Mots-clés**

DROIT DE L'ENFANT ; ENFANT MALTRAITE ; FAMILLE ; PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE ;  
RECOMMANDATION ; JEUNE ADULTE ; JEUNE ENFANT

---

**FOCUS DE LA PFOSS, 6. Les enfants exposés aux violences conjugales en Bourgogne / ORS BOURGOGNE, Auteur. - 2013. - 20.**

#### **Mots-clés**

REGION BOURGOGNE ; VICTIME ; ENFANT ; VIOLENCE CONJUGALE

---

**Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger-Huitième rapport au gouvernement et au parlement / OBSERVATOIRE NATIONALE DE L'ENFANCE EN DANGER, ONED, Auteur. - 2013. - 106.**

#### **Mots-clés**

**Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir : Fiche mémo + Rapport d'élaboration** / HAS,  
Auteur. - 2015. - 12.

**Mots-clés**

MALTRAITANCE ; SIGNALEMENT ; ENFANT

---

**→Articles**

**Abus, maltraitance et négligence, 2 : prévention et principes de prise en charge** / BENAROUS Xavier,  
Auteur; CONSOLI A, Auteur; RAFFIN M, Auteur; COHEN D, Auteur  
**NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 62 n°5 (2014).** - 313-325

**Résumé:** La première partie de cet article rappelait la prévalence des différents types de maltraitance infantile ainsi que leurs conséquences médicales psychologiques et sociales à long terme. Cette seconde partie a pour objectif de présenter une revue de la littérature des études évaluant l'efficacité de différentes stratégies de prises en charge médico-sociales.

---

**L'aide contrainte dans le champ administratif** / PUECH Laurent, Auteur  
**EMPAN n°89 (2013).** - 38-47

**Résumé:** Dans le champ de la protection administrative de l'enfance, l'auteur apporte son analyse de l'aide contrainte et de ses paradoxes, des rapports avec la notion de contrat et d'aide non contrainte. Il examine les formes de contrainte dès le recueil d'informations préoccupantes, les questions du pouvoir et du respect, le brouillage des rôles, les aspects éthiques. [résumé d'auteur]

---

**Protection administrative ou signalement judiciaire : une mise au point sur les devoirs et les responsabilités des professionnels** / RAULT Florence, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°60 (2013).** - 66-75

**Résumé:** La protection de l'enfance en danger est un objectif fondamental dont l'effectivité est garantie en France par un double système de protection, administrative et judiciaire. La réforme du 5 mars 2007 a facilité l'articulation entre ces deux types de protection, source de confusion pour les professionnels de l'enfance confrontés à des situations préoccupantes. En affirmant la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire, en rationalisant le traitement des informations préoccupantes, en favorisant la prévention et en clarifiant les cas nécessitant la saisine directe du procureur de la République, le législateur a considérablement amélioré le système de protection de l'enfance en danger, au risque d'en devenir trop préventif.

---

**Protection juridique : pourquoi ? comment ? (suite) [dossier]** / BONNET Clément, Directeur de publication; PEDRON Alexandre, Directeur de publication; COLLECTIF, Auteur  
**PRATIQUES EN SANTE MENTALE vol 58 n°4 (2012).** - pp 1-45

**Résumé:** Dans ce deuxième numéro (consécutif) de Pratiques en santé mentale consacré à la protection juridique des majeurs, les auteurs mettent en avant les difficultés pratiques, les lourdeurs d'application de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 et les problématiques éthiques.

---

**L'articulation partenariale dans le champ de la protection de l'enfance** / CALVET, MH; CHINOSI, C;  
FALAVIGNA, D

**NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 59 n°2 (2011).** - 120-128

**Résumé:** S'inscrivant dans une perspective globale, les auteurs retracent dans un premier temps l'histoire du concept de 'partenariat' tel qu'il s'est mis en place dans le champ de la protection de l'enfance, au cours du XXe siècle : les partenariats précurseurs, l'origine du concept, ses aléas, son évolution récente. Il s'agit ce faisant, de problématiser la question du partenariat interprofessionnel, interinstitutionnel en protection de l'enfance : d'une part, en repérant, afin de mieux les prévenir, les obstacles qui peuvent surgir et empêcher ce fonctionnement partenarial et, d'autre part, en mettant également en lumière, les repères positifs et les conditions favorables qui vont faciliter, dans ce vaste champ, la construction de partenariats professionnels efficaces, au service du 'Sujet' [résumé d'auteur]

---

**Maltraitance à la petite enfance [dossier]** / TURSZ, Anne, Directeur de publication; FLEURY, Juliette; PICHEROT, Georges; BRIAND HUCHET ELISABETH; COOK, Jon; TISSERON BARBARA; REY CAROLINE; CHEYMOL, Jacques; DUMARET, Annick-Camille  
**REVUE DU PRATICIEN vol 61 n°5 (2011).** - 651-666

**Résumé:** En France la maltraitance envers les jeunes enfants est souvent évoquée, notamment dans les médias sans qu'on dispose pour autant d'un corpus de données épidémiologiques fiables, tant sur l'ampleur du problème que sur ses facteurs de risque et sur ses conséquences, permettant d'asseoir et d'évaluer des politiques de prévention et de prise en charge. Tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé, notamment dans les services d'urgence des hôpitaux et les cabinets du médecin généraliste ou du pédiatre libéral. Il est donc essentiel que ces professionnels du soin apprennent à reconnaître les lésions et comportements suspects, à identifier les facteurs de risque et à déclencher le processus de protection, en se faisant aider si la solitude est trop pesante dans ces situations complexes. [résumé d'auteur]

---

**Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels)** / JOUSSELME C, Auteur  
**EMC PSYCHIATRIE vol 142 n°37 204 H 15 (2010).** - 1-13

**Résumé:** La maltraitance à enfant reste un problème de santé publique dont la fréquence est importante. Le praticien se doit de connaître à la fois les signes d'alerte, le tableau clinique constitué ainsi que les facteurs de risque et de vulnérabilité chez l'enfant et dans sa famille. Il doit aussi pouvoir se conformer à la nouvelle loi de protection de l'enfance qui a modifié les protocoles de signalement. Par ailleurs, le diagnostic de maltraitance reste complexe et seule une approche multidimensionnelle (médicale, psychiatrique, éducative, sociale, éventuellement judiciaire) peut permettre de proposer une prise en charge adaptée. [Résumé d'éditeur]

---

**Une meilleure coordination des actions pour servir l'intérêt de l'enfant** / CHAMBONCEL SALIGUE, Pascaline  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°277 (2010).** - 28-32

**Résumé:** L'étude du signalement montre qu'il semble s'être imposé comme une procédure de nature à viser la protection de l'enfant menacé dans son intégrité physique ou morale pour une action la plus efficace possible et au plus proche de son intérêt. Quelle est l'origine de ce processus et quelle en est la dimension pratique ? [résumé d'auteur]

---

**Secret professionnel et signalement des maltraitances** / VAILLANT, C  
**REVUE FRANCOPHONE DU STRESS ET DU TRAUMA vol 9 n°4 (2009).** - 266-270

**Résumé:** Que recouvre la notion de secret professionnel, que peut-on dire ou ne pas dire quand on y est soumis ? Que faire plus précisément quand on a connaissance de maltraitance dans le cadre de son activité, couverte par le secret professionnel ? Doit-on ou peut-on se taire, doit-on ou peut-on signaler ? Et si oui, comment ? Autant de questions que se posent régulièrement les professionnels. L'articulation des multiples textes, leur évolution et leur complexité ne rendent pas la réponse aisée au premier abord. Il faut avec patience retrouver le sens de ces notions pour finalement y trouver son chemin et pouvoir agir. [résumé d'auteur]

---

## ● L'enfant mineur devant le juge

### →Articles

**Le mineur devant le juge des enfants : être jugé le rend-il responsable de ses actes ?** / FAYOL NOIRETERRE Jean-Marie, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°61 (2014).** - 78-86

**Résumé:** Le mineur délinquant est juridiquement responsable de ses actes en droit français. S'il est reconnu coupable, il fait prioritairement l'objet de mesures éducatives d'investigations sur la personnalité, et de traitement de sa délinquance, et à titre exceptionnel, de peines. Il est jugé par des magistrats spécialisés, et selon une procédure particulière qui favorise une cohérence d'interventions dans le temps et dans l'espace, et peut permettre un suivi par un même juge qui responsabilise le mineur face à ses passages à l'acte. Mais cette cohérence est mise en cause par des réformes récentes induisant un jugement des seuls passages à l'acte, sans une prise en compte de la personnalité du mineur, voire en le considérant comme un majeur, rendant impossibles la compréhension et l'intégration de son acte. Pour notre société, le mineur délinquant ne serait plus un mineur en danger mais un mineur dangereux. [Résumé d'éditeur]

---

**De l'interprétation des textes à l'énonciation de la loi** / BRUEL Alain, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°60 (2013)**. - 48-58

**Résumé:** L'exercice de la fonction de juger est une activité complexe qui ne se limite pas à l'application du droit et à l'interprétation des textes en fonction de la progression des savoirs. Il comporte aussi des actes d'énonciation : nomination et qualification des faits, justification de la décision. Sur quelles bases s'appuie le juge pour étayer la manière personnelle dont il applique le droit ? L'auteur se réfère à une perception intuitive du respect des personnes, perspective qui, en assistance éducative, permet de parvenir à une cohérence qui ne se retrouve malheureusement pas dans l'application de la loi pénale. Ainsi la justice des mineurs, opérant, à partir de sa place symbolique, la séparation que permet le langage, contribue à l'éducation.

---

**La place du juge des enfants, entre soin, éducation et répression** / HOURCADE Marie-Pierre, Auteur  
**VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE n°119 (2013)**. - 39-45

**Résumé:** Les juges des enfants sont confrontés comme les autres professionnels à des jeunes qui se mettent en danger et qui placent en difficulté les adultes, dont ils rejettent et mettent en échec toutes les propositions d'éducation, de soins et d'insertion. [résumé d'auteur]

---

**Les facteurs et les effets du stress chez les juges des enfants** / BAZEX, Hélène  
**ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 170 n°2 (2012)**. - 127-131

**Résumé:** L'étude que nous présentons met en évidence les facteurs et les effets du stress dans les pratiques professionnelles des magistrats, et notamment des juges des enfants. Les résultats obtenus sont issus d'un protocole d'accompagnement des pratiques professionnelles auquel des juges des enfants ont souhaité participer. Nous avons pu repérer en quoi les facteurs de stress affectaient leur prise de décision. Grâce à ces résultats, les connaissances de la littérature ont pu être précisées et des pistes de réflexion visant à limiter l'impact du stress sur leur prise de décision ont pu être proposées. [résumé d'auteur]

---

**Cet espace ouvert par le juge des enfants** / BOCCARA Claudette, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°57 (2012)**. - 104-109

**Résumé:** L'auteur situe le travail du juge des enfants comme remplissant une fonction pédagogique : il s'agit, en préservant l'espace et le statut de l'enfant devant la menace ou le risque, d'amener par la loi sociale un jeune à élaborer ses propres limites et à s'inscrire dans le collectif. Le juge est alors non pas relais du Surmoi censeur et qui sanctionne, mais garant d'une loi symbolique qui s'inscrit dans un processus éducatif qu'il est censé garantir. [Résumé d'éditeur]

---

**L'application de leurs droits peut-elle fragiliser certains enfants ?**  
**ENFANCES & PSY n°43 (2009)**. - 77-84

**Résumé:** A partir des recommandations de la Convention Internationale des droits de l'enfant (CIDE) et des dispositions prises par le législateur suite à sa ratification par la France, l'auteur questionne particulièrement la place du discernement chez l'enfant et les difficultés de l'adresse au Juge des affaires familiales qu'elle implique, notamment vis à vis de l'évolution du statut de la coparentalité, Elle interroge également les difficultés liées à l'application de la loi dans le cadre du handicap et de l'exposition de la vie privée de l'enfant et de l'adolescent via de nouvelles technologies [résumé d'éditeur]

---





CENTRE  
HOSPITALIER

*La Chartreuse*

Direction des Affaires Générales  
Centre de Documentation  
1 bd Chanoine Kir  
21033 DIJON Cedex  
@ : [documentation@chs-chartreuse.fr](mailto:documentation@chs-chartreuse.fr)  
03.80.42.55.80/03.80.42.55.81

Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi : 13h30-17h00



## 3<sup>ème</sup> Journée d'échanges Psychiatrie & Justice

Références bibliographiques  
Documents disponibles au centre de documentation

***Juin 2015***



**L'adolescent violent : la nécessité d'une prise en charge conjointe  
de la justice et de la pédopsychiatrie**

## →Livres

### **Crise et urgence à l'adolescence / DUVERGER Philippe ; GUEDJ BOURDIAU Marie-Jeanne**

Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2013. - VI-340. –  
(Les Âges de la vie (Paris. 1999))

ISBN 978-2-294-72484-8

**Résumé** : Crise, urgence... des mots utilisés par les adolescents eux-mêmes et porteurs de confusion. A travers la sexualisation du corps et la distanciation d'avec les figures parentales, le processus d'adolescence a pour conséquence une fragilisation du Moi de l'individu. Cet ouvrage, écrit par deux spécialistes de l'adolescence, propose des repères d'évaluation pour différencier une crise maturante, celle qui conduit à une impasse du développement et celle qui nécessite une réponse urgente. L'ouvrage clarifie tout d'abord les concepts de crise et d'urgence à l'adolescence puis présente les nombreux aspects cliniques de la crise à l'adolescence (violence, signes annonciateurs, motifs cliniques de la demande en urgence, approche nosographique). Il développe ensuite la prise en charge : 1ère rencontre, suivi téléphonique, évaluation et orientation des soins (ambulatoire, hospitalisation, prescription). [Résumé des auteurs]

---

### **Justice des mineurs / BARDOUIL, Nathalie ; Bizouarn, Carol ; Castella, Cécile**

Edition à jour au 30 juin 2012. - Paris : Berger-Levrault Sofiac, 2012. - 372.

ISBN 978-2-85130-226-7

**Résumé** : Après une introduction sur l'histoire des dispositifs applicables aux enfants et aux adolescents, l'ouvrage développe la justice des mineurs sous ses deux aspects : l'assistance à l'enfance en danger et le traitement judiciaire de la délinquance des mineurs, sans oublier les aspects dégagés en criminologie afin d'y replacer les délicates questions du développement de l'enfant et de la parole du mineur. Qu'il soit victime ou auteur, son statut et sa prise en charge par les services de la Protection judiciaire de la jeunesse sont entièrement revisités à la lumière des dernières évolutions du droit et des pratiques. [D'après le résumé de l'éditeur]

---

### **Enfants et adolescents en mutation : mode d'emploi pour les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes / GAILLARD, JP.**

Issy-les-Moulineaux : ESF, 2009. - 169. - (Art de la psychothérapie)

ISBN 978-2-7101-2067-4.

**Résumé** : Nos enfants sont des 'mutants'. Comment vivre et travailler avec eux ? Aujourd'hui, les adultes sont confrontés à une question cruciale : comprendre ce qui se passe dans la tête des enfants. Or, l'ensemble des repères sur lesquels ils croyaient pouvoir compter a perdu sa pertinence. Nous observons l'émergence d'une nouvelle normalité très différente de celle à laquelle nous sommes habitués, et nous assistons au façonnement d'un psychisme radicalement différent du nôtre. Jean-Paul Gaillard nous propose ici une description point par point de ces différences, sources de grande perplexité pour les adultes. Il explique comment cette perplexité produit un climat de violence dont les adultes croient être les victimes, alors que la méconnaissance dans laquelle ils sont de la mutation psychosociétale en cours les conduit à en être les acteurs aveugles. Parents, enseignants et éducateurs trouveront dans cet ouvrage les clés de compréhension et d'action leur permettant de renouer le contact et le dialogue avec leurs enfants et adolescents 'en mutation'. [Résumé d'éditeur]

---

### **Adolescence et psychopathologie / MARCELLI, D; BRACONNIER, Alain ; WIDLOCHER, Daniel, Préfacier. - 7ème éd.**

Issy-les-Moulineaux : Masson, 2008. - 689. - (Les âges de la vie)

ISBN 978-2-294-08966-4

**Résumé** : L'adolescence est l'âge où chaque individu doit pouvoir se « soucier de lui-même » ou en d'autres termes, développer à son propre égard une connaissance de soi et de ses limites à l'intérieur desquelles la capacité à « prendre soin de soi » est un facteur de fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future. [résumé d'auteur]

---

### **Adolescents et conduites à risques : prévention et écoute / DESSEZ, P, Directeur de publication; LA**

**VAISSIERE H, de, Directeur de publication. -**

Ruel-Malmaison : ASH, 2007. - 268. - (ASH professionnels)  
Bibliogr. . - ISBN 978-2-7573-0113-5.

**Résumé** : Alcoolisation, drogues, fugues, violences... les prises de risque et les conduites à risque des adolescents sont des pratiques sociales paradoxales d'affirmation de soi et de socialisation. Elles témoignent d'une souffrance et de la nécessité intérieure de se confronter au monde pour se défaire du mal de vivre et poser les limites indispensables au déploiement de leur existence. Les auteurs, psychologues et sociologues, mènent une réflexion sur la prévention et les dispositifs d'aide adaptés aux caractéristiques psychosociales de ce public particulier. Ils valorisent les nouvelles formes d'écoute des adolescents et de leurs parents en insistant sur l'intérêt de l'observation et de la prise en compte de leurs liens avec l'environnement. [résumé d'auteur]

---

**Prévenir la délinquance dès la petite enfance / BLATIER, C, Directeur de publication; LE BLANC, M; GIMENEZ, C; MICHEL, G.**

Paris : Harmattan, 2007. -139  
ISBN 978-2-296-01883-9

**Résumé** : Cet ouvrage tente de répondre aux questions suivantes : pourquoi un adolescent devient-il délinquant ? Peut-on connaître les risques de délinquance future des enfants ? L'agressivité existe-t-elle vraiment chez les jeunes enfants ? Peut-on parler de potentiel de délinquance chez un enfant de 3 ans ? Peut-on faire de la prévention dès la petite enfance ? Comment concevoir un programme de prévention ? Quels programmes de prévention donnent de bons résultats ?

---

**Prévenir la violence des jeunes, l'alphabétisation émotionnelle : des outils concrets pour mieux communiquer / BONNET BURGNER, C; BROUZE, C; CHARDONNENS, E.** - Lausanne : Ed. Favre, 2007. – 223  
Bibliogr. . - ISBN 978-2-8289-0943-7

**Résumé** : Chaque fois qu'un enfant ou un jeune se montre menaçant, insultant, contestataire, c'est souvent qu'il est démuni face à la situation qu'il est en train de vivre et qu'il n'a pas les clés pour manifester sa détresse ou changer de comportement. On peut dire qu'il souffre d'analphabetisme émotionnel, puisqu'il ne peut, d'une part, exprimer ou expliquer clairement ses émotions, ses frustrations ou ses aspirations et, d'autre part, reconnaître l'impact de ses actes ou paroles sur les autres. Cet ouvrage propose des jeux de rôle, des groupes de discussion et une panoplie d'activités telles que dessins, contes, qui ont fait leur preuve et qui permettent aux enfants, adolescents et adultes de développer une meilleure connaissance de leurs émotions et une plus grande empathie envers les autres. L'enjeu est immense: développer les compétences relationnelles à travers notamment la gestion de conflits, l'alphabétisation émotionnelle, le dialogue, l'analyse de la situation et le développement d'une bonne estime de soi. [résumé d'auteur]

---

**Les adolescents violents : clinique et prévention / TYRODE, Y; BOURCET, S.** - Paris : Dunod, 2000. - 195 p.. - (Enfances)  
ISBN 978-2-10-004563-1.

**Résumé** : Cet ouvrage analyse : l'essentiel des bases psychologiques et psychodynamiques nécessaires à la compréhension des comportements spécifiques à l'adolescence ; les phénomènes d'affrontement avec le corps social, en particulier en milieu scolaire et familial ; l'analyse de la délinquance, individuelle et-ou en bandes organisées, ainsi que les conduites addictives ; les actes de violence commis par l'adolescent sur autrui et sur lui-même.

---

## →Articles

**Délinquance juvénile et diversité des parcours / MUCCHIELLI Laurent, Auteur**  
**SANTE MENTALE n°194 (2015).** - 76-79

**Résumé**: La 'délinquance juvénile' recouvre une grande diversité de parcours et de problématiques. Pour introduire à cette complexité, l'auteur propose de distinguer au moins trois types de processus et de situations : la délinquance 'pathologique', la délinquance 'initiatique' et la délinquance 'd'exclusion'. Il présente ensuite les travaux sociologiques sur la notion de 'carrière délinquante', expliquant les processus d'entrée et de sortie de la délinquance. Il termine en rappelant l'importance de la question de l'insertion professionnelle dans l'intégration sociale et le devenir adulte. [Résumé d'éditeur]

---

**Le mineur devant le juge des enfants : être jugé le rend-il responsable de ses actes ?** / FAYOL NOIRETERRE Jean-Marie, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°61 (2014)**. - 78-86

**Résumé:** Le mineur délinquant est juridiquement responsable de ses actes en droit français. S'il est reconnu coupable, il fait prioritairement l'objet de mesures éducatives d'investigations sur la personnalité, et de traitement de sa délinquance, et à titre exceptionnel, de peines. Il est jugé par des magistrats spécialisés, et selon une procédure particulière qui favorise une cohérence d'interventions dans le temps et dans l'espace, et peut permettre un suivi par un même juge qui responsabilise le mineur face à ses passages à l'acte. Mais cette cohérence est mise en cause par des réformes récentes induisant un jugement des seuls passages à l'acte, sans une prise en compte de la personnalité du mineur, voire en le considérant comme un majeur, rendant impossibles la compréhension et l'intégration de son acte. Pour notre société, le mineur délinquant ne serait plus un mineur en danger mais un mineur dangereux.[Résumé d'éditeur]

---

**Les Centres éducatifs fermés : un espace du possible** / VANHALST Julie, Auteur  
**VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE n°119 (2013)**. - 99-105

**Résumé:** La délinquance des adolescents ne cesse d'occuper le débat politique et pose régulièrement une question fondamentale : l'adolescent qui commet des délits est-il plus un enfant coupable qu'il faut sanctionner qu'un enfant à protéger qu'il faut éduquer ? Ces deux conceptions n'ont cessé d'exister dans la prise en charge d'adolescents....[premières lignes]

---

**Comprendre la délinquance ?** / DAYAN Jacques, Auteur  
**ADOLESCENCE vol 30 n°82-4 (2012)**. - 881-917

**Résumé:** Délits et crimes sont selon E. Durkheim des acceptions issues de la conscience commune. Mais comment se forge et se transmet cette conscience ? Qu'est-ce que l'acte délictueux ? Tout acte antisocial relève-t-il d'une pathologie ? Existe-t-il une épistémologie commune aux champs sociologique et psychologique ? Nous tentons de répondre à ces questions et à leurs implications dans le champ de la justice des mineurs et des soins aux délinquants. (Résumé de l'auteur)

---

**Enfermement des mineurs délinquants** / DAYAN Jacques, Auteur  
**ADOLESCENCE vol 30 n°82-4 (2012)**. - 783-796

**Résumé:** L'enfermement des mineurs est la plus sévère des figures de la peine, et pour les mineurs la plus péjorative en termes de santé mentale, de développement et de réitération. Les aménagements entrepris dans les Etablissements pénitentiaires pour mineurs peuvent-ils réduire les effets d'affiliation et de stigmatisation d'une incarcération ? Les Centres éducatifs fermés tels qu'ils sont construits offrent-ils des perspectives favorables à une entreprise pédagogique ? Celle-ci est-elle concevable sans la prise en compte de la dimension psychique de l'acte antisocial ? Nous examinons ces questions dans ce texte dans les suites de l'examen des étiologies supposées de la délinquance. [Résumé de l'auteur]

---

**Paradoxalité de 'l'enfermement' d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité** / MORHAIN Yves, Auteur  
**ADOLESCENCE vol 30 n°82-4 (2012)**. - 797-813

**Résumé:** L'actualité de la délinquance qui se signale par l'agression contre l'autre, le semblable, souvent brutale, voire par l'explosion destructrice immédiate, relève de l'archaïque qui renvoie à l'existence subjective du sujet. Les approches judiciaires proposent des formes de rééducation sociale et de prévention, centrées sur l'acte transgressif, désorganisateur et non sur son potentiel fondateur, avec pour conséquence l'"enfermement" de ces adolescents et jeunes adultes difficiles, reproduisant à l'intérieur des murs de la prison une stigmatisation des auteurs de troubles. Dans ce qui se révèle une impasse, l'"enfermement" peut opérer et induire la dynamique d'un passage, en instaurant des dispositifs de médiation thérapeutiques qui engagent l'adolescent violent à un travail de ré-élaboration psychique et de relance de sa dynamique subjective, ouvrant l'accès à des satisfactions pulsionnelles constructives, créatives et non pas lieu de décharge pour ces adolescents. Ces espaces de transformation pouvant donner lieu à symbolisation et replacer ces jeunes dans un réseau d'intersubjectivité, dans une communauté d'échanges qui leur permette de se tourner vers un espace de possibilités. [résumé de l'auteur]

---

**Violence des adolescents : conduites suicidaires et conduites agressives. Regards d'un juge des enfants. L'adolescent que la société protège, l'adolescent dont la société se protège** / DURAND Edouard, Auteur

**Résumé:** En charge à la fois de la protection judiciaire de l'enfance et du jugement des infractions commises par les mineurs, le juge des enfants est confronté à la violence des adolescents, qu'elle soit dirigée contre eux-mêmes ou contre autrui. L'article proposé ici est issu d'une intervention lors d'une conférence consacrée aux conduites agressives et suicidaires des adolescents. Il a pour objet, en s'appuyant sur la présentation de la procédure pénale applicable aux enfants délinquants et de la procédure d'assistance éducative, de dégager quelques éléments de problématique sur l'accompagnement des adolescents dits difficiles et de rechercher les traits communs d'appréhension des conduites agressives ou suicidaires des adolescents et des réponses judiciaires à ces passages à l'acte. [résumé d'auteur]

---

**Place de l'expert en pédopsychiatrie /** MARTIN E, Auteur; NEZELOF S, Auteur  
**EMC PSYCHIATRIE vol 147 n°37-212-A-40 (2011).** - 1-9

**Résumé:** A l'articulation des milieux judiciaire, socioéducatif et sanitaire, la place du pédopsychiatre expert se modifie, en regard des réformes successives de la justice des mineurs et de la protection de l'enfance en danger. Initialement sollicité dans le cadre de l'expertise pénale d'auteurs ou de victimes d'infractions, l'expert pédopsychiatre a vu le champ de sa pratique s'étendre à d'autres domaines (expertises civiles en assistance éducative, expertises requises par le juge aux affaires familiales dans le cadre de séparations parentales conflictuelles, expertises en réparation de dommages, etc.). L'enjeu sécuritaire actuel et ses conséquences en termes de renforcement de la répression judiciaire conduisent à une sollicitation accrue des experts à tous les stades de la procédure, avec un modèle de droit pénal qui tend à s'aligner sur celui des majeurs. Le pédopsychiatre expert doit concilier les principes régissant la pratique de l'expertise sans déroger à ceux de la déontologie médicale. Outre la méthodologie rigoureuse de l'examen expertal, il doit tenir compte des spécificités développementales et maturatives de l'enfant ou de l'adolescent (niveau de développement psychoaffectif, cognitif, grossesse de la vie imaginaire, dépendance à l'environnement, etc.). Il doit respecter les principes d'impartialité et d'objectivité, et surtout veiller à éviter la confusion des rôles d'expert, de juge et de thérapeute. De récentes et douloureuses affaires (notamment le procès d'Outreau) ont mis en lumière les insuffisances quantitatives et qualitatives des experts et des expertises. Des réflexions conjointes entre juges et experts sont actuellement menées pour tenter d'élaborer des référentiels communs permettant de clarifier les demandes et les missions de chacun. Les formations diplômantes initiales et continues devraient favoriser parallèlement le développement de cet exercice spécifique dans le champ de la pédopsychiatrie.[résumé d'auteur]

---

**L'éternel retour des figures du juge ? /** BELLON L, Auteur  
**ENFANCES & PSY n°52 (2011).** - 120-131

**Résumé:** L'enfant est au cœur de plusieurs logiques judiciaires. Pourquoi ? Parce que la société a évolué dans ses attentes en matière de justice. Elle a d'abord inventé une justice qui croyait le changement possible dans la famille, pour l'enfant en danger comme pour le mineur auteur d'actes de délinquance. Plus récemment, elle a privilégié une justice pénale qui transmettait ses valeurs par la sanction, et cantonné la justice civile à une fonction d'arbitrage. Or, le (médiatique) procès d'Outreau a permis de relativiser les vertus de la justice pénale appliquée aux enfants gravement maltraités. Puis, le voile s'est aussi levé sur les effets pervers de la politique de 'tolérance zéro' à l'égard des jeunes délinquants et sur les dérives liées à la confusion entre la contenance et l'enfermement d'un adolescent. Dans l'article, une magistrate, vice-présidente du tribunal pour enfants de Lille (Nord), espère que ces évolutions récentes contribueront à valoriser une justice, dont le but est aussi de transmettre les valeurs de la société par l'éducation, au sens de l'accompagnement du sujet.

---

**Les centres éducatifs renforcés : faire émerger le désir d'introspection /** BOUGUENNA, Nathalie  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°291 (2011).** - 44-46

**Résumé:** Le besoin des adolescents qui ne peuvent externaliser leur souffrance qu'à travers l'agir dépasse la réponse purement judiciaire. L'auteur cherche à frayer un espace de rencontre modérant la non-demande qui freine ce travail psychologique et l'injonction judiciaire du placement en centre éducatif renforcé. Cet espace d'élaboration du parcours entre le lieu de placement, la famille et la société, permettrait à l'adolescent de repenser les actes à l'origine de son placement, pour qu'il ne soit vécu ni comme une exclusion et encore moins comme une détention. [résumé d'auteur]

---

**Les Maisons de l'adolescent ont-elles une place spécifique dans le traitement de la violence ? /** BRONSARD, G; BENJELLOUN, A; PARIS, Y; RENAUDIER, B; RUFO, Marcel; SIMEONI, MC  
**NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 59 n°2 (2011).** - 99-102

**Résumé:** Les Maisons de l'adolescent (MDA) sont des dispositifs innovants devant répondre aux problématiques rencontrées au cours de l'adolescence par les adolescents eux même, leurs familles ou les professionnels de l'adolescence. La violence met en difficulté les professionnels, quel que soit leur champ car elle relève non pas d'une spécialité ou d'une discipline mais de plusieurs champs à la fois : Justice des mineurs, Protection de l'enfance, pédopsychiatrie. C'est dans une articulation précautionneuse et attentive de ces différents champs qu'une solution peut être trouvée. La Maison départementale de l'adolescent à Marseille a constitué un 'pôle adolescent difficile' qui organise la rencontre formelle et opérationnelle des différents professionnels impliqués dans une situation 'difficile' où généralement la violence réelle ou supposée d'un adolescent perturbe les collaborations habituelles. Ce pôle est sollicité en grande majorité par les professionnels des champs socioéducatifs n'ayant pas trouvé de solution. Ce pôle doit veiller à la continuité de la prise en charge, évitant les conflits inter-institutionnels, en organisant une prise en charge avant ou après la crise au cours de laquelle tous les professionnels restent impliqués. Le développement d'un dispositif spécifique au sein d'un site généraliste permet d'adapter les solutions à des situations particulières sans avoir recours à des filières spécifique de traitement de la violence ou réservées aux adolescents du Social [résumé d'auteur]

---

**Ordonnance de placement provisoire et obligation de soin en psychiatrie de l'adolescent /** BOTBOL M, Auteur; CHOQUET LH, Auteur; GROUSSET J, Auteur; HAMON H, Auteur  
**EMC PSYCHIATRIE vol 142 n°37 216 G 20 (2010).** - 1-11

**Résumé:** L'ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure qui permet au juge des enfants de placer un mineur dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement quel que soit le statut de cette structure (judiciaire, social, médicosocial ou sanitaire) ; elle peut donc s'étendre aux institutions de soin psychiatrique lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Elle constitue ainsi, chez les mineurs, une modalité spécifique d'hospitalisation sous contrainte en dehors du cadre des dispositions générales de l'hospitalisation sans consentement prévu par la loi du 27 juin 1990. À ce titre, elle représente dans notre pays une exception au contexte général de l'hospitalisation sans consentement. Dans le cadre des procédures pénales, celles qui concernent les mineurs délinquants, l'OPP en psychiatrie se rattache donc aux soins spécialisés judiciairement contraints. Elle entre donc dans le champ plus large des obligations et injonctions de soin (obligation de soin, injonction thérapeutique, consultation ou examen médical obligé, stages de sensibilisation aux comportements en santé) qui relèvent du droit pénal général et sont prévues, pour les mineurs comme pour les majeurs. L'OPP se trouve ainsi au carrefour de deux problématiques centrales : la place de la contrainte dans la justice et les soins psychiatriques des enfants et des adolescents ; la part que peut prendre le judiciaire dans la mise en place de ces soins obligés. [Résumé d'éditeur]

---

**Adolescence et passage à l'acte : quand la langue défaille... /** BLANCHARD, Benoît  
**ENFANCES & PSY n°47 (2010).** - 42-54

**Résumé:** L'entrée en adolescence confronte le sujet à la nécessité de traduire ses émois, de s'en donner une forme figurable. Cependant, les bouleversements pubertaires viennent mettre à mal la fonction de représentation verbale, et projettent ainsi l'adolescent dans une impression d'insuffisance du langage à l'égard des éprouvés indicibles qui l'agitent. Dans ce contexte, le recours à l'acte constitue une issue face aux défaillances de la langue. À travers plusieurs vignettes cliniques, il s'agit alors de montrer que ce détour par l'agir peut constituer d'un côté une lutte mutilante contre la signifiante et d'un autre côté une forme de figuration susceptible d'être réappropriée par la parole. [résumé de l'éditeur]

---

**Nouvelles violences à l'adolescence... Quelles limites ? /** MARCELLI, Daniel  
**ENFANCES & PSY n°48 (2010).** - 119-129

**Mots-clés**

SANCTION ; DELINQUANCE ; SOCIETE ; ADOLESCENT

---

**Le traitement pénal de la délinquance des mineurs : évolution, bilan et perspectives /** SEYS, Christophe; SHADILI, Gérard  
**INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 86 n°10 (2010).** - 869-875

**Résumé:** Le texte de l'ordonnance du 2 février 1945 consacre un certain nombre de principes novateurs, parmi lesquels : 1) l'institution du juge des enfants, figure emblématique de la justice des mineurs ; 2) le principe de la primauté de l'éducatif sur le répressif ; 3) la mise en place d'un régime de mesures éducatives (milieu ouvert et placement) et de sanctions pénales spécifiques ; 4) le principe de l'irresponsabilité en cas d'absence de discernement ; 5) la mise en place d'un régime de détention particulier et restrictif ainsi que des règles de procédure assouplies, etc. Malgré ses imperfections, cette ordonnance, combinée à celle de

1958, constitue un progrès majeur mettant l'accent avant tout sur la protection du mineur qui n'est plus réduit à son acte mais perçu et accompagné en fonction de son développement et de sa maturation. Nous nous proposons de faire le point sur le projet de réforme de cette ordonnance contenu dans les propositions du rapport Varinard en dégageant les dangers qu'il contient de faire disparaître les spécificités du statut pénal des mineurs. Notre inquiétude est de voir s'évanouir le travail de complémentarité mis en place entre les différentes institutions prenant en charge ces adolescents en perdition.[Résumé d'éditeur]

---

**L'action thérapeutique avec le jeune violent : l'importance du cadre** / LAZARTIGUES, A  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°279 (2010)**. - 38-40

**Résumé:** L'évolution des dynamiques familiales place de plus en plus souvent l'enfant dans des situations de discontinuité environnementale et relationnelle qui ont des conséquences sur la structuration de la personnalité à l'adolescence jusqu'à l'émergence d'un nouveau type d'organisation. La définition qu'en propose Alain Lazartigues met en avant ses points de fragilité comme l'intolérance à la frustration et le repérage temporel, ainsi que la nécessité, de fait, d'inscrire la relation thérapeutique dans un cadre social fiable. [résumé d'auteur]

---

**De l'enfant triste à l'adolescent violent ? ' Je frappe pour ne pas pleurer '** / REBELO, T  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°279 (2010)**. - 34-37

**Résumé:** L'histoire de Samuel, un adolescent de quinze ans, vient témoigner que la violence à l'adolescence peut aussi être comprise comme l'expression d'une souffrance. Quand la verbalisation ne se fait pas spontanément, les médiations culturelles peuvent alors permettre une pratique thérapeutique alternative. Illustration. [résumé d'auteur]

---

**Les paradoxes de la prise en charge individuelle des adolescents** / HUERRE, P  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°279 (2010)**. - 45-47

**Résumé:** Si l'on cherche souvent la manière la plus adaptée d'aborder les adolescents violents, la situation d'expertise apparaît comme la caricature des questions qui se posent habituellement face à cet adolescent apparemment non demandeur. Elle est donc riche d'enseignements pour les cliniciens qui se voient contraints de réinterroger leur pratique. [résumé d'auteur]

---

**Eduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites** / BOTBOL, Michel; CHOQUET, LH; GROUSSET, J  
**NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 58 n°4 (2010)**. - 224-233

**Résumé:** La justice pénale des mineurs entretient des rapports spécifiques avec la psychiatrie et la psychopathologie. L'excuse de minorité sur laquelle elle se fonde la conduit à sortir des conceptions traditionnelles des rapports entre psychiatrie et justice qui attribuent une place centrale à l'expertise psychiatrique dans une logique qui tend à opposer soins et sanction, judiciarisation et psychiatisation. En affirmant que les mineurs délinquants sont toujours plus ou moins irresponsables pénalement, la justice des mineurs se caractérise par l'idée que les réponses judiciaires aux actes délictueux doivent donner la primauté à l'éducatif sur la répression. Dans cette perspective, la justice des mineurs donne une place centrale à la prise en compte de la personnalité du mineur et donc à son fonctionnement psychique, au point qu'il ne peut y avoir chez le mineur de réponse judiciaire qui ne comporte pas un volet éducatif et « protectionnel », parce qu'il ne peut y avoir, les concernant, d'acte délinquant qui ne soit pas en même temps la manifestation d'une difficulté éducative et psychique. On passe ainsi d'une logique nosographique (normal vs pathologique) à une logique psychopathologique (phénoménologique ou psychanalytique), où ce qui importe n'est plus l'étiquetage du trouble mais le mode de fonctionnement psychique du sujet. Cette intrication entre approche judiciaire et approche « clinique » est sans doute l'une des caractéristiques les plus débattues de la justice des mineurs française. [D'après le résumé de l'auteur]

---

**A la rencontre de l'adolescent en difficulté et dans la non-demande : expérience d'une équipe mobile** / WISS, M; TORDJMAN, S  
**PRATIQUES EN SANTE MENTALE vol 56 n°2 (2010)**. - 35-40

**Résumé:** Le service hospitalo-universitaire de psychiatrie infanto-juvénile de Rennes (Ille-et-Vilaine) a mis en place, en 2005, une équipe mobile pour préadolescents et adolescents en souffrance, ayant connu pour la plupart des comportements violents (agis ou subis). Cette équipe a, depuis, trouvé sa place dans un réseau, collaborant notamment avec les établissements scolaires et les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui assurent une médiation. Ayant compris l'importance d'un tel partenariat, l'équipe mobile peut intervenir auprès des jeunes en difficulté (qui ne demandent pas d'aide) et de leurs familles (qui ont

besoin d'être remobilisées) en leur proposant une prise en charge spécifique dans un cadre thérapeutique assez original - puisque les intervenants vont toujours à leur rencontre en binôme et que ce binôme change assez régulièrement.

---

**Contribution à l'analyse de la 'violence des mineurs' : les affaires traitées par les juges des enfants /**

LE GOAZIOU, V; MUCCHIELLI, L  
**ADOLESCENCE vol 27 n°68-2 (2009).** - 415-429

**Mots-clés**

INFRACTION ; MINEUR ; BANLIEUE ; JUSTICE ; PROJET ; ACCIDENT ; RECHERCHE

---

**Le juge des enfants fait-il encore autorité ? / SALAS, D; BARANGER, T**

**ADOLESCENCE vol 27 n°68-2 (2009).** - 399-413

**Mots-clés**

JURIDICTION DES MINEURS ; PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE ; DELINQUANCE JUVENILE ; JUGE ; ETUDE CRITIQUE

---

**Comportements agressifs et violents chez les adolescents / RENERIC, JP; BOUVARD, MP**

**ENCEPHALE vol 35 SUPPL 4 (2009).** - 127-128

**Mots-clés**

TROUBLE DU COMPORTEMENT ; AGRESSIVITE ; ADOLESCENT ; VIOLENCE ; THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE

---

**Approche familiale de la violence à l'adolescence / BANTMAN, Patrick**

**ENFANCES & PSY n°45 (2009).** - 71-81

**Résumé:** Cet article insiste sur le rôle que peut jouer la famille dans les situations de violence à l'adolescence et l'intérêt d'impliquer les patients dans le travail thérapeutique. des exemples viennent étayer cette présentation, issus d'une pratique dans un secteur de psychiatrie et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Dans les familles avec lesquelles nous travaillons, il y a souvent une intrication entre les problèmes psychopathologiques de l'adolescent et un certain dysfonctionnement familial. Par ailleurs l'adolescent a rarement une demande pour lui-même, même s'il souffre. [résumé de l'éditeur]

---

**La délinquance des adolescentes : une violence de genre ? / MOYANO, O**

**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°263 (2009).** - 27-31

**Résumé:** Pendant longtemps, le phénomène de la délinquance des filles n'a pas été pris en compte. Or, il apparaît que le nombre de filles commettant des délits a eu tendance à augmenter au cours des dernières années. D'un point de vue psychopathologique, qu'est-ce qui fait la spécificité de l'acte délinquant au féminin ? [résumé d'auteur]

---

**Droit pénal des mineurs français. Vers la fin d'une justice spécialisée ? / SULTAN, C; EGLIN, M**

**ENFANCES & PSY n°40 (2008).** - 91-99

**Résumé:** Notre justice des mineurs est fondée sur un choix : la société assume une responsabilité d'éducation et de protection à l'égard des plus jeunes. Ce choix fonde la double compétence civile et pénale du juge des enfants, qui inscrit en outre son action dans la durée auprès des enfants et de leurs familles. Les mutations de la société et de la famille ont fait naître de nouvelles attentes à l'égard de la justice des mineurs, qui est en transformation depuis le début de notre millénaire. Afin d'éviter sa dénaturation, de conserver ce choix de société humaniste et pragmatique qui la fonde et d'assurer le respect du droit des enfants et des adolescents, une juste réforme de la justice des mineurs doit passer par certains aménagements procéduraux qui permettent à la fois d'apporter une réponse rapide et de tenir compte du parcours d'un mineur en difficulté. [résumé d'éditeur]

---

**L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge / BERGER, M; BONNEVILLE, E; ANDRE, P;**

RIGAUD, C

**NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 55 n°7 (2007).** - 353-361

**Mots-clés**

CAS CLINIQUE ; PRISE EN CHARGE ; ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE ; CONTENTION ;



INTROJECTION ; EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ; ENFANT ; CONTRE TRANSFERT ; ANALYSE DE LA PRATIQUE

---

**Enfants et adolescents violents : comprendre, prévenir, intervenir** / CHARRAS, K  
**SANTE MENTALE n°122 (2007)**. - 14-15

**Mots-clés**

CONGRES ; PREVENTION ; TROUBLE DU COMPORTEMENT ; COMPORTEMENT VIOLENT ; AGRESSIVITE ; ADOLESCENT ; ENFANT

---

**Complémentarité et crise entre directeur et pédopsychiatre dans l'accompagnement institutionnel d'enfants difficiles** / TRAUBE, R; VILLAT, JM

**NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE vol 51 n°5 (2003)**. - pp 257-264

**Mots-clés**

EQUIPE THERAPEUTIQUE ; CENTRE MEDICO PSYCHO PEDAGOGIQUE ; TROUBLE COMPORTEMENT ; CAS CLINIQUE ; PARTENARIAT ; ADOLESCENT ; ENFANT ; VIOLENCE ;

---

PSYCHIATRIE

JUSTICE



4<sup>ème</sup> Journée d'échanges

Psychiatrie & Justice

Les actes

Jeudi 16 juin 2016

Centre Hospitalier La Chartreuse  
1 boulevard Chanoine Kir - DIJON

Journée organisée par





# Sommaire

## Première table ronde : LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL

---

\* **Interventions liminaires** .....page 181

- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Olivier OBRECHT, Directeur Général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne – Franche-Comté
- Jean-Jacques BOSCH, Procureur Général près la Cour d'Appel de Dijon,

### I) PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DU SYSTÈME CARCÉRAL

• **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 183  
Madame Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance, Dijon : **Les modalités d'exécution des peines privatives ou restrictives de libertés.**

• **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 189  
Patrick LEPOUZE, Directeur des services pénitentiaires, chargé de mission à la direction interrégionale des services pénitentiaires Centre-Est : **Le parcours arrivant.**

• **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 194  
Christine LOPEZ, Directrice fonctionnelle du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de Côte d'Or : **Le travail du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) en milieu fermé.**

• **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 198  
Jean-Baptiste GAVIGNET, avocat au Barreau de Dijon : **Le rôle de l'avocat.**

### II) DEUXIÈME PARTIE : ECHANGES ENTRE LES INTERVENANTS ET LA SALLE

Modérateurs :

- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon,
- Isabelle BORDENAVE, 1<sup>ère</sup> Vice-Présidente du Tribunal de Grande Instance de Dijon,
- Olivier OBRECHT, Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne – Franche-Comté,
- Pascal AVEZOU, Responsable du département Organisation de l'offre de soins de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie, en matière d'organisation de l'offre de soins et de l'autonomie et de gestion des autorisations dans les domaines sanitaire, médico-social et ambulatoire à l'Agence Régionale de Santé Bourgogne – Franche-Comté.
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,

## Deuxième table ronde : LE PATIENT DETENU : SPECIFICITE DES SITUATIONS SOCIO-MEDICALES ET LEUR PRISE EN CHARGE.

---

• **1<sup>ère</sup> intervention** : .....page 208  
Olivier ROLIN, Interne au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse : **Historique des soins en prison et troubles générés par le milieu carcéral.**

• **2<sup>ème</sup> intervention** : .....page 209  
Christine MEYER, Praticien Hospitalier du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse : **Présentation du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).**

• **3<sup>ème</sup> intervention** : .....page 222  
Jérôme LALLEMANT, Infirmier au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie (CSAPA) du Centre Hospitalier La Chartreuse : **Présentation du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie (CSAPA) et articulation avec les différents partenaires.**

• **4<sup>ème</sup> intervention** : .....page 226  
Caroline SAUPIQUE et Claire EDERLE, Psychologues au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse : **La spécificité du cadre thérapeutique.**

• **5<sup>ème</sup> intervention** : .....page 232  
Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Dijon : **Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux.**

Modérateurs :

- Pascal AVEZOU, Responsable du département Organisation de l'offre de soins de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie, en matière d'organisation de l'offre de soins et de l'autonomie et de gestion des autorisations dans les domaines sanitaire, médico-social et ambulatoire à l'Agence Régionale de Santé Bourgogne – Franche-Comté.
- Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse,
- Jean-Yves PIAN, Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier La Chartreuse.

• **Clôture** .....page 239

# 1<sup>ère</sup> table ronde : LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL

## INTERVENTIONS LIMINAIRES

- **Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse** : Monsieur Madelpuech ouvre la séance en accueillant les participants et en rappelant les thèmes de la Journée. Il remercie les personnalités de leur présence et salue les intervenants.

- **Olivier OBRECHT, Directeur Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne – Franche-Comté** :

Merci Mr le Directeur,  
Monsieur le Procureur général,  
Madame la Procureure,  
Madame la Présidente,  
Mesdames Messieurs,

Je dois tout d'abord excuser C. Lannelongue, Directeur Général de l'ARS, qui aurait souhaité ouvrir cette journée, mais qui est malheureusement retenu à Paris.

Néanmoins, je suis particulièrement content d'être ici aujourd'hui puisque, avant d'être à l'ARS, j'étais Médecin chef de Fleury-Mérogis, pendant la période où la loi de 1994 est venue poser le principe du détenu patient au même titre que les autres, en dehors de son statut de détenu, permettant ainsi un accès aux soins comme pour tous les citoyens. On mesure aujourd'hui, plus de vingt ans après, les progrès accomplis et on mesure aussi à quel point ce qui était vrai à l'époque, reste vrai. C'est-à-dire comme l'a dit Mr Madelpuech, que le partenariat hôpital-justice est obligatoire, car cela ne va pas de soi de soigner dans un milieu fermé. Des logiques différentes s'affrontent : chacun a sa logique et chacun a sa mission.

Les journées d'échanges sont capitales, car on ne peut travailler ensemble que si l'on se connaît. L'enjeu est, au quotidien, de trouver le chemin pour que les différentes personnes sous main de justice puissent accéder à des soins sans que leur statut de détenu, par définition transitoire, soit un obstacle.

L'ARS est garant de la prise en charge des soins sur l'ensemble d'un territoire donné, donc les détenus font partie de cette prise en charge au même titre que l'ensemble de la population régionale. A ce titre, les unités sanitaires qui dépendent des établissements hospitaliers sont regardées et observées par l'ARS, dans leurs missions et leurs moyens. Evidemment, c'est aussi le cas pour les SMPR, même s'il n'y en a qu'un en Bourgogne Franche-Comté susceptible de prendre en charge psychologiquement les détenus.

D'autre part, il y a un volet particulier sur le projet régional de l'ARS, qui concerne les soins en milieu carcéral et le volet 2012-2017 qui court actuellement en comporte un aussi. Le renforcement du dispositif des soins en milieu carcéral fait partie des objectifs prioritaires comme la prévention et la promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Pour cette raison, des moyens ont été débloqués ces dernières années mais nous nous heurtons à un important problème : celui de la démographie médicale. Notre région est une région particulièrement compliquée à cet égard, et de plus, la particularité du milieu pénitentiaire ne facilite pas l'offre de soin, que ce soit dans ses murs ou à l'extérieur. Les prisons sont des machines à libérer les hommes, donc l'enjeu est évidemment de soigner l'individu lorsqu'il est détenu, mais surtout d'organiser la suite. En moyenne en France un détenu passe seulement 1 an en prison, l'enjeu est de l'inscrire voire de le réinscrire dans le parcours de soin.

L'autre différence concerne les patients atteints de troubles mentaux. Bien souvent, hélas, la prison devient un réel « lieu de vie », avec des allers-retours etc. Les problèmes psychologiques sont à prendre en compte à l'intérieur mais aussi à l'extérieur des murs, il faut réfléchir à améliorer le dispositif de continuité des soins lorsqu'ils sortent ou sont condamnés à des alternatives à l'emprisonnement (obligations de soins etc.). Bien sûr, pour tout cela, des ressources doivent être à la clé, ce qui constitue parfois une difficulté. L'important reste de se pencher sur la façon dont on s'articule, car organiser un parcours est une chose oui, mais il convient d'analyser la rupture de ce parcours, car sa fin est toujours un problème.

Ces journées sont donc extrêmement importantes le contact entre deux mondes qui cohabitent nécessairement pour gérer une population particulière et de l'échange naît certainement la richesse des organisations et des idées qui doivent être mises en œuvre. Nous y serons particulièrement attentifs car un nouveau projet de l'ARS sera préparé en 2017 pour les années 2018 et au-delà, avec bien évidemment un volet santé en milieu carcéral.

Je terminerai en vous priant de m'excuser car je suis malheureusement attendu à l'extérieur de Dijon mais M. AVEZOU, référent santé justice de l'ARS, reste avec vous toute la journée.

**- Jean-Jacques BOSC, Procureur Général près la Cour d'Appel de Dijon :**

Mr le Directeur,  
Mr le Directeur Général,  
Madame la Présidente,  
Madame la Procureure de la République,  
Mesdames Messieurs,  
Mes chers collègues,

Tout d'abord, félicitations aux organisateurs de cette 4<sup>ème</sup> journée - le Centre Hospitalier Spécialisé de la Chartreuse et la Tribunal de Grande Instance de Dijon.

La prise en charge des patients détenus est un des aspects qui lie l'autorité judiciaire et la santé parmi de nombreux autres. Par exemple, nombre de délinquants ont des problèmes mentaux et l'enjeu est de savoir, si l'individu concerné est responsable pénalement de ses actes, mais il y a aussi tout le champ de l'expertise judiciaire, qui est fondamental, mais en crise, l'hospitalisation sous contrainte, le champ des incapables, et la médecine légale qui font aussi partie de ces aspects liant justice et santé.

Le titre même de la journée « La Prise en Charge du patient détenu », fait référence à deux principes qui sont, en apparence, contradictoires. Le mot « détenu », fait référence à un principe fondateur de notre organisation constitutionnelle : l'exécution des décisions de justice, et celui de l'exécution des peines pour le pénal plus spécifiquement. La justice ne serait rien dans un système institutionnel démocratique si l'on admettait que les décisions de justice ne pouvaient ou n'étaient pas exécutées. Par exemple, à notre échelle, si le Ministère Public choisit de poursuivre ou de ne pas poursuivre, il ne choisit pas de ne pas exécuter la peine. L'application simpliste de ce principe d'exécution des peines conduit logiquement à exclure l'état de santé en tant que circonstance à même de mettre en échec l'exécution de la peine. A l'inverse, l'autre principe résumé dans le mot « patient » tient au droit naturel au soin, remontant à l'Antiquité notamment avec l'obligation de charité, qui impose que tout soit mis en œuvre pour la santé d'un individu, et le statut de détenu ne doit pas y faire obstacle. Le principe est donc simpliste : si l'individu est malade, pas d'exécution de la peine dans la mesure où elle compromettrait sa santé.

Cependant, il faut garder à l'esprit que l'on doit se méfier des principes. Ils sont un point de repère, mais se heurtent à la réalité, faite de pragmatisme et de compromis, c'est le cas ici. D'abord, en amont, les magistrats dans le panel des peines prennent en considération avant de la prononcer, l'état de santé de la personne. Et les parquets dans l'instruction ordonnent toujours une expertise médicale pour éviter de prononcer une peine d'emprisonnement alors que l'individu connaît des problèmes de santé. Mais tout cela parfois ne suffit pas : il demeure certaines personnes qui sont en bonne santé quand elles sont écrouées et qui tombent malades par la suite, et d'autres qui commettent des faits d'une telle gravité que, bien qu'ils soient dans un état de santé faible, ils ne peuvent éviter l'incarcération.

A ce titre, le droit permet parfois de trouver des solutions, la loi Kouchner du 4 mars 2002 a introduit l'article 720-1 du CPP, qui a fait de l'état de santé un des cas de suspension de la peine après deux expertises différentes mais concordantes. Donc ce sont des solutions importantes.

Au-delà du législateur, je voulais souligner des initiatives, notamment la création par l'ARS en 2002 d'une commission santé-justice qui se réunit au moins une fois par an, composée des chefs de cours, de l'administration pénitentiaire, de la PJJ, et de l'ARS. Elle examine toute question se rapportant à la protection sociale et à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de justice.

Une question importante reste celle des détenus qui ont des troubles mentaux, il existe des coupures dans le suivi de ces personnes, auxquelles le législateur a mis fin. Autrefois, s'agissant des personnes atteintes de troubles mentaux, si on concluait à l'irresponsabilité pénale, l'autorité judiciaire, plus spécifiquement le juge d'instruction, rendait un non-lieu et il y avait une passerelle entre le parquet et le préfet afin qu'il prenne un arrêté d'hospitalisation d'office. Désormais, la chambre de l'instruction est compétente pour ordonner l'hospitalisation sous contrainte et prévoir des mesures de sûreté. Le Législateur a renforcé la coopération nécessaire entre autorités sanitaires administratives et judiciaires.

Une autre forme de criminalité beaucoup retrouvée en détention, pour laquelle on se demande si on relève de la psychiatrie ou de la justice : le cas des délinquants sexuels. Parfois les faits sont tellement choquants et dérangeants que l'on a du mal à penser que l'individu ne souffre pas de pathologies mentales. Dans ce cas, la part de la psychiatrie est non-négligeable et cela peut être important pour la Cour d'Assises de savoir si le

détenu a adhéré aux soins et si les soins ont eu un effet. C'est un élément important pour la future condamnation mais en général, nous nous heurtons au secret médical.

La détention doit être un temps utile qui doit favoriser la réinsertion : c'est la mission principale de la prison. Il y a, pour tous les détenus, une vocation éducative de la détention et une vocation de prévention aux risques, notamment sanitaires. Dès lors, l'éducation à la santé, la prévention des risques, doivent participer de la prise en charge des détenus.

Pour conclure, Mesdames, Messieurs, je vous souhaite les échanges les plus fructueux.

## I. PRESENTATION DU SYSTEME CARCERAL

### ➤ **Les modalités d'exécution des peines privatives ou restrictives de libertés :**

#### - **Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Dijon :**

Les juridictions pénales disposent d'un panel large de sanctions : emprisonnement (avec ou sans sursis), Travaux d'Intérêt Généraux, contrainte pénale, amendes, etc. Plus de 90% des condamnations concernent des délits, et l'emprisonnement représente plus de la moitié des peines prononcées (avec ou sans sursis, simple ou avec mise à l'épreuve). L'emprisonnement ferme représente 22% des peines prononcées pour des délits, tandis que l'emprisonnement avec sursis représente 31% des peines prononcées pour des délits.

30% des peines de prison fermes sont exécutées au moment du jugement et la personne est immédiatement incarcérée, 50% sont exécutées dans un délai inférieur à 4 mois, délai imposés par la loi. A partir du moment où une peine ferme est prononcée et que le condamné reste libre à l'issue de l'audience, il est automatiquement convoqué devant le JAP pour aménager sa peine.

La ligne directrice des réformes législatives ces dernières années est d'éviter les courtes peines d'emprisonnement, en raison de leur effet désocialisant, voire éviter l'incarcération tout court. La loi pénitentiaire du 24/11/2009 est venue non seulement augmenter le quantum des peines pouvant être aménagées pour les condamnés libres (les peines inférieures à 2 ans, 1 an en cas de récidive légale) afin de désencombrer les prisons, mais instaure également pour principe que ces condamnés bénéficient (dans la mesure du possible et si leur personnalité et situation le permettent) d'un aménagement de peine. Avant c'était une faculté. Avec la loi du 15 août 2014 dite « relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales », le principe doit être d'éviter ou du moins écourter les séjours en détention : éviter les sorties sèches.

Lorsque les condamnés sont incarcérés cela fait suite au :

- Prononcé d'un mandat de dépôt à l'audience (éviter le renouvellement de l'infraction, gravité des faits);
- rejet d'une demande d'aménagement de peine présentée par les condamnés libres;
- mise à exécution par le parquet (en cas d'urgence motivée par un risque de danger pour les personnes ou les biens établi par la survenance d'un fait nouveau, soit l'incarcération dans le cadre d'une autre procédure, soit un risque avéré de fuite du condamné);
- retrait d'un aménagement de peine ou révocation d'une mesure probatoire (sursis avec mise à l'épreuve, sursis assorti de l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général, mise à exécution d'une peine prévue en cas d'infraction d'un SSJ, retrait de la surveillance judiciaire, mise à exécution de l'emprisonnement pour non-paiement des jours amendes...).

Chiffres du milieu carcéral au 1er mai 2016 : 58 683 places de prison (places opérationnelles); 68 685 détenus (y compris les semi-libres 1621). 21,3% des personnes écrouées le sont sous un régime aménagé : Placement sous Surveillance Electronique – Semi-Liberté - Placement Extérieur.

Les peines sont exécutées dans divers établissements, au 1er janvier on en totalise 187 : 86 maisons d'arrêt ; 94 établissements pour peine ; 6 établissements pour mineurs ; 1 établissement public de santé national de Fresnes.

## I/ LES MODALITES D'EXECUTION DE L'EMPRISONNEMENT EN DETENTION



Une peine d'emprisonnement peut connaître différents aménagements alors que la personne est écrouée dans un établissement pénitentiaire, sauf exception, c'est-à-dire, pendant la période de sûreté.

#### A/La période de sûreté

La période de sûreté constitue une modalité d'exécution de la peine et non une mesure distincte. Elle est issue de la loi du 22 novembre 1978 : l'objectif visé étant de limiter les aménagements de la peine pour les condamnés considérés comme les plus dangereux en raison de la nature de l'infraction commise ou de la durée de la peine prononcée.

Article 132-23 du code pénal : « mesure interdisant au condamné, pendant toute sa durée, de bénéficier des dispositions concernant la suspension ou le fractionnement de peine, le placement à l'extérieur, les permissions de sortir, la semi-liberté et la libération conditionnelle. »

Il existe deux catégories distinctes de périodes de sûreté : la période de sûreté automatique et la période de sûreté facultative. Leurs domaines d'application respectifs sont liés à la nature des infractions et à la durée de la peine prononcée par la juridiction de jugement. La période de sûreté peut concerner tous les condamnés à l'exception des mineurs.

##### 1/ La période de sûreté obligatoire :

Elle est automatique, la juridiction de jugement ne peut pas l'écarter. Elle concerne les condamnations à une peine privative de liberté non assortie du sursis dont la durée est égale ou supérieure à 10 ans, pour une infraction spécialement prévue par la loi (crimes et certains délits). La durée de la période de sûreté est prévue par la loi, elle correspond à la moitié de la peine prononcée, 18 ans pour les condamnations à la réclusion criminelle à perpétuité.

La juridiction de jugement a la faculté de réduire ou d'augmenter la période de sûreté. Pour la réduction, celle-ci peut se faire de plein droit et la loi ne prévoit aucun seuil minimal, la seule limite résidant dans l'impossibilité de supprimer la période de sûreté de plein droit. La juridiction peut aussi augmenter la durée de la période de sûreté de plein droit aux deux tiers de la peine ; voire jusqu'à 22 ans en cas de réclusion criminelle à perpétuité (jusqu'à 30 ans ou PS perpétuelle dans certains cas : réclusion criminelle à perpétuité est prononcée, exclusivement les crimes de meurtre ou assassinat sur une victime mineure de 15 ans, précédé ou accompagné de viol, de tortures ou d'actes de barbarie).

##### 2/ La période de sûreté facultative

Pour toute autre condamnation lorsque la juridiction de jugement prononce une peine privative de liberté supérieure à 5 ans, non assortie du sursis, même si le texte d'incrimination n'a pas prévu une telle mesure (par exemple pour le meurtre). La durée est librement déterminée par la juridiction (la motivation n'est pas nécessaire que ce soit sur le principe ou la durée de la PS) à condition de ne pas dépasser les seuils suivants : deux tiers de la peine ; 22 ans en cas de condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité.

##### 3/ Les effets de la période de sûreté

La période de sûreté prend effet du jour où la peine commence à s'exécuter et, en cas de détention provisoire du jour du placement en détention provisoire.

La période de sûreté ne fait pas obstacle à l'octroi de réductions de peines, cependant, les réductions de peine pendant la période de sûreté ne seront imputables que sur la partie de la peine excédant cette durée. Ce qui signifie par exemple, qu'une personne condamnée à 10 ans de prison pour laquelle la PS est de 5 ans, elle restera au minimum 5 ans en prison, sans réduction possible de cette durée. La durée de la période de sûreté ainsi que sa date d'expiration ne sont pas susceptibles d'être modifiées du fait de l'octroi des réductions de peines.

La PS interdit au condamné de bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine : le condamné ne peut bénéficier d'une permission de sortir ainsi que des mesures d'aménagements de peine suivantes : la suspension ou le fractionnement de la peine, le placement à l'extérieur, la semi-liberté et la libération conditionnelle.

#### 4/Le relèvement

La seule autorité compétente est le TAP (Tribunal d'Application des Peines, juridiction collégiale). Il est saisi soit par le condamné soit par réquisitions du procureur de la république ou soit par le juge de l'application des peines compétent. Le TAP statue après un débat en présence du condamné, de son avocat et du parquet, par jugement motivé rendu en chambre du conseil, susceptible d'appel.

\* Il faut relever tout d'abord que les textes prévoient que cette faculté de relèvement ou réduction de la période de sûreté doit être prononcée à titre exceptionnel (720-4 al. 1.)

\* Il est nécessaire que le condamné manifeste des gages sérieux de réadaptation sociale. La définition de cette notion n'est pas précisée par les textes ou la jurisprudence. Celle-ci peut donc être appréciée souverainement en fonction des circonstances : comportement en détention, s'il travaille et/ou suite des formations, suit les différentes activités, rapport au personnel de la détention, rapport au détenu, l'indemnisation de la partie civile, les soins en lien avec des conduites addictives ou psychologiques pour traiter la problématique à l'origine du passage à l'acte, positionnement par rapport aux faits : déni, reconnaissance, remise en cause, conscience de la gravité des faits.

Le caractère exceptionnel de la mesure fait que les attentes du JAP vont être supérieures à ce qui est exigé pour un aménagement de peine « classique » puisque précisément ce sont ces mesures qu'entendent exclure les juridictions en prévoyant une période de sûreté.

#### B/ Les réductions de peines

C'est une remise de l'exécution d'une partie de la peine qui permet au condamné d'être libéré avant la date de fin de peine résultant de sa condamnation.

La loi du 29 décembre 1972 a introduit les réductions de peine qui sont octroyées par le juge de l'application des peines et qui ont pour objet d'entraîner la suppression des grâces générales. Les grâces collectives ont été le moyen de limiter la surpopulation carcérale ces 15 dernières années, elles ont été supprimées dans la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008. Néanmoins, les grâces individuelles subsistent : ce sont des actes régaliens et discrétionnaires, sur recours du condamné ou d'un proche, toute personne y ayant un intérêt. Dernièrement, Jacqueline SAUVAGE femme victime de violence conjugale qui a été condamnée pour le meurtre de son mari a bénéficié d'une grâce partielle.

Quant aux réductions de peine, elles dispensent donc le détenu de l'exécution d'une partie de sa peine d'emprisonnement, soit à raison de l'absence de mauvaise conduite (CRP), soit en raison des efforts de réinsertion. Dernière réforme majeure en la matière : la Loi dite PERBEN 2 du 9 mars 2004 qui a repris l'ensemble du dispositif. Avant 2004, la bonne conduite était récompensée par des remises de peines. Après 2004, l'octroi systématique et dès le placement sous écrou devient un droit, et le retrait n'intervient qu'en cas de mauvaise conduite. Aucune décision du JAP n'est nécessaire pour l'octroi, elle l'est uniquement pour le retrait.

#### 1/ Le crédit de réduction de peine

Il bénéficie à chaque condamné, dès sa mise sous écrou, l'objectif essentiel du mécanisme est de favoriser le bon comportement en détention du condamné. Aucune décision n'est prise par le JAP. Les périodes d'incarcération inférieures à un mois n'ouvrent pas droit au crédit de réduction de peine. Le condamné bénéficie d'un crédit de réduction de peine calculé sur la durée de la condamnation prononcée, à hauteur de 3 mois pour la première année, de 2 mois pour les années suivantes, ou de 7 jours par mois pour les durées calculées sur une période inférieure à une année.

Exemple :

Soit un condamné à 4 ans d'emprisonnement, écroué le 1er janvier 2015 ; il bénéficie d'un crédit de 3 mois sur la première année, et 3 x 2 mois sur les trois autres années, soit un total de 9 mois ; sa date de libération prévisible est donc ramenée au 1er avril 2018.

Le retrait est ordonné par le JAP, après avis de la Commission d'Application des Peines. Tout où partie de ce crédit pouvant être retiré en cas de mauvaise conduite, cette fois-ci par le JAP, dans la limite de ce qui a été accordé (3 mois par an ou 7 jours par mois). En pratique à Dijon, le quantum du retrait est égal au double du quantum de la sanction disciplinaire prononcée en commission de discipline, s'agissant de sanction ferme puisque pour les sursis on s'en tient au quantum prononcé. Ex : 20 jours de QD dont 10 sursis = 30 jours de retrait de CRP.

Les motifs du retrait sont : les cas de mauvaise conduite (violence sur détenu, refus de réintégration, outrage...) ainsi que les cas de refus de soins pour certaines infractions et lorsque l'altération du discernement a été retenu par la juridiction de jugement (ce retrait peut être automatique dans certains cas).

## 2/ La réduction supplémentaire de peine

Elle peut être accordée aux condamnés manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale en cours de détention (art. 721-1, D. 116 à D. 116-4 CPP). La réduction supplémentaire de peine ne peut excéder 3 mois par année d'incarcération ou 7 jours par mois lorsque la durée d'incarcération à subir est inférieure à une année.

La RSP est accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale notamment en passant avec succès un examen scolaire, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes etc... Cette liste n'est cependant pas limitative, et les juges de l'application des peines pourront motiver leur décision sur d'autres éléments, résultant notamment de renseignements recueillis par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Personnellement, j'accorde 1/3 pour les soins, 1/3 pour le travail, 1/3 pour l'école, la formation professionnelle et un bonus pour la mise en place de l'indemnisation des victimes, le paiement du Trésor public, la préparation à la sortie.

Aucune réduction supplémentaire de peine possible, sauf décision contraire du juge de l'application des peines, pour les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qui refusent de suivre le traitement qui leur est proposé pendant leur incarcération, ou qui ne suivent pas ce traitement régulièrement (art. 721-1 al. 1 CPP). De même, après avis médical, lorsque le condamné, dont le discernement a été reconnu comme altéré par la juridiction de jugement, refuse les soins qui lui sont proposés.

La loi dite PERBEN 2 a également créé les réductions de peine exceptionnelles pour les « repentis » dont les déclarations, faites à l'autorité administrative ou judiciaire antérieurement ou postérieurement à leur condamnation ont permis de faire cesser ou d'éviter la commission d'une infraction (relatives à la délinquance et à la criminalité organisée)

## C/ Les Permissions de sorties, les sorties sous escortes.

C'est en 1958 que fut instauré le principe selon lequel un détenu pouvait normalement sortir de prison pendant l'exécution de sa peine. La sortie pour maintien des liens familiaux a été créée suite aux mouvements de soulèvement des détenus de 1972 et 1975, c'est la PS la plus ordonnée désormais.

La permission de sortir est l'autorisation donnée à un condamné de s'absenter d'un établissement pénitentiaire pendant une période déterminée qui s'impute sur la durée de la détention et pour se rendre en un lieu situé sur le territoire national et précisé par le JAP. Les PS sont des outils au service des aménagements de peine en ce qu'elles ont pour objet de préparer la réinsertion des condamnés, professionnelle ou sociale, de maintenir les liens familiaux ou accomplir une « obligation exigeant sa présence ».

Elle permet de collecter des éléments utiles à la constitution d'un aménagement de peine (contrat de travail, promesse d'embauche) puisqu'elle peut constituer une sorte de test pour vérifier sa capacité à respecter un cadre.

En revanche, sont exclus du bénéfice des permissions de sortir notamment : toutes les personnes placées détention provisoire ou encore dans le délai d'appel, sauf lorsque la peine est assortie d'un mandat de dépôt ou d'arrêt, « sous réserve du droit d'appel suspensif du ministère public prévu par l'article 712-14. » ; les détenus faisant l'objet d'une peine d'interdiction du territoire français prononcée à titre de peine principale.

Le juge de l'application des peines statue sur la demande du condamné par ordonnance motivée après avis de la commission de l'application des peines, sauf urgence, cette ordonnance est susceptible d'appel dans les 24h. Le juge de l'application des peines peut instruire la demande (vérification des certificats produits par le condamné) pour s'assurer, non seulement de la véracité des renseignements donnés, mais également de la pertinence de la requête et de son opportunité (ex. : permission sollicitée pendant des vacances scolaires par une personne condamnée pour agression sexuelle sur ses petits-enfants alors que ceux-ci séjournent à son domicile à ce moment-là...). Enfin, pour les auteurs d'un certain nombre d'infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire a été prononcé, une expertise psychiatrique doit également être réalisée avant toute permission de sortir.

Aucun texte ne définit la périodicité des PS, notamment celles motivées par le maintien des liens familiaux : selon les établissements et les détenus concernés, l'on constate des périodicités variables (mensuelles, bimestrielles ou trimestrielles). A Dijon, la pratique est d'une permission tous les deux mois, entre la date de l'écrou et la première PS. Mais ce n'est pas systématique. Pour les plus longues peines, ce délai peut être plus long, un temps d'observation étant nécessaire avant l'octroi d'une sortie.

Au-delà des régimes propres à chaque PS (condition de durée de la peine, motif etc.), le JAP prend en considération plusieurs éléments :

\_ Le comportement du condamné : disciplinaire et social, qui peut être aussi un élément d'appréciation du risque de non-retour.

\_ L'évaluation du risque : appréciation du risque de non-retour et de récidive (spécialement pour les délinquants sexuels, violents conjugaux, les délinquants souffrant d'une addiction (alcool ou stupéfiants). A cet égard il sera tenu compte du lieu et du cadre de la permission. Un suivi psychologique ou psychiatrique régulier voire assidu peut être un critère favorable (dans certains cas c'est une condition de l'octroi de la PS).

Les différents régimes : objets différents et conditions de délai différentes.

\* les permissions de sortir d'une journée dans certains cas, limitativement énumérés : présentation aux épreuves d'un examen, présentation à un employeur éventuel, présentation dans un centre de soins, sorties pour la pratique d'activités culturelles ou sportives organisées, exemple des sorties organisées par le service pénitentiaire d'insertion et de probation et les services culturels : opéra, musée Magnien, la vapeur. Une compétition de pétanque ou de pêche n'est pas un motif valable.

\* les permissions de sortir pour maladie grave ou du décès de la famille proche : 3 jours (+éventuels délais de route)

\* les permissions de sortir des articles dites « maintien des liens familiaux » et « préparation à la réinsertion sociale » : les plus fréquentes : 3 jours (+éventuels délais de route)

A noter sans conditions de délai pour les condamnés à une ou plusieurs peines dont le total est inférieur ou égal à 1 an ; les condamnés à une peine supérieure à 1 an : mi peine ET temps de détention inférieur à 3 ans ; les condamnés à une peine supérieure à 1 an, après exécution du tiers de leur peine s'ils sont incarcérés dans un centre de détention (art. D. 146 CPP) (max 5 jours et 10 jours une fois par an)

Possibilité pour le JAP de subordonner l'octroi de la permission de sortir au respect d'une ou plusieurs obligations ou interdictions prévues par les articles, possibilités aussi d'un contrôle alcootest au retour.

Tout condamné peut obtenir, à titre exceptionnel, une autorisation de sortie sous escorte de gendarmes et de policiers à cause de sa dangerosité. Aucune condition de délai d'exécution de peine n'est exigée, le condamné peut en bénéficier même au cours de la période de sûreté, aucune durée n'est fixée par les textes, celle-ci étant adaptée à la situation justifiant l'autorisation de sortie sous escorte, aucune expertise psychiatrique préalable n'est obligatoire. Les motifs sont restrictifs : la plupart du temps pour se rendre auprès d'un membre de la proche famille gravement malade ou décédé.

## II/ Les aménagements de peines

### A/ L'examen systématique des situations de tous les détenus à 2/3 de peine

Depuis le 1er janvier 2015 le législateur a ajouté dans le parcours du détenu une étape conçue comme nécessaire de l'exécution d'une peine destinée à encadrer et accompagner une personne condamnée sortant de détention. Il ressort de la circulaire d'application qu'elle a été conçue comme un « filet de rattrapage » destiné à éviter une sortie sèche pour les détenus n'ayant pas bénéficié d'aucun aménagement de peine.

- la CAP doit examiner systématiquement et obligatoirement les situations de tous les détenus condamnés à une peine inférieure à 5 ans d'emprisonnement (pour les peines supérieures c'est un débat qui est obligatoire pour l'octroi d'une éventuelle libération conditionnelle exclusivement), à 2/3 de peine. Sont exclus les condamnés bénéficiant d'un aménagement de peine sous écrou.
- le condamné doit préalablement faire connaître son consentement
- S'il consent, après avis de la CAP sur la base du rapport du SPIP notamment, le JAP statue par ordonnance, apprécie souverainement l'opportunité d'octroyer ou non la mesure ainsi que les modalités d'exécution qui sont PSE, PE, SL et LC.

Le juge de l'application des peines peut ordonner la libération sous contrainte, « dans le respect des exigences prévues à l'article 707 ». L'opportunité est donc appréciée souverainement par le JAP et au regard des objectifs de cet article, or ils sont nombreux et peuvent être contradictoires :

- préparer l'insertion ou la réinsertion du condamné afin d'éviter la commission de nouvelles infractions
- favoriser un retour progressif à la liberté afin d'éviter une remise en liberté sans aucune forme de suivi judiciaire
- garantir la tranquillité et la sûreté de la victime
- adapter le régime d'exécution des peines en fonction de l'évolution de la personnalité et de la situation matérielle, familiale et sociale de la personne condamnée et en tenant compte des conditions matérielles de détention et du taux d'occupation de l'établissement pénitentiaire.

En ce qui me concerne je m'appuie aussi sur la circulaire d'application qui rappelle la raison d'être de cette mesure : l'absence de projet de sortie ou d'efforts de réinsertion n'est pas un obstacle à l'octroi d'une libération sous contrainte. La libération sous contrainte doit précisément permettre que soient accompagnées à la sortie de détention les personnes détenues ne disposant pas des ressources et des capacités pour se mobiliser dans la construction d'un projet d'aménagement de peine. Elle pourra viser les personnes les plus fragiles socialement, le cas échéant incapables de disposer d'un logement, de trouver facilement un emploi ou une formation.

Quelques exemples : octroi d'une semi-liberté pour permettre de rechercher un logement, souvent lorsqu'il y a une mesure de milieu ouvert, j'estime qu'en l'absence de sortie sèche la LSC est inopportune mais parfois elle peut être un SAS intéressant lorsque le condamné qui doit être strictement cadré dans ces démarches et que le retour à la liberté doit être progressif.

Critère de refus :

- \* risque de récidive, dangerosité, refus du condamné, impossibilité : le texte ne vise pas que l'impossibilité matérielle (ex pas de logement pour un PSE). Là aussi cela est soumis à l'appréciation du JAP.
- \* Dans ma pratique, me basant sur l'esprit de la loi qui veut que cette mesure s'adresse aux plus démunis, rejet lorsqu'il existe une mesure de milieu ouvert (sauf exception), lorsque le détenu a bénéficié de plusieurs aménagements de peine qui ont été retirés.

L'exécution du reliquat de la peine se poursuit sous le régime de l'aménagement accordé, on empreinte les mesures d'aménagement de peine : Placement sous Surveillance Electronique, Placement Extérieur, Semi-liberté, Libération Conditionnelle.

### B/ Les aménagements des peines d'emprisonnement

Depuis la détention le condamné peut prétendre à plusieurs mesures dites « d'individualisation » de leur peine :

Placement sous Surveillance Electronique, Semi-Liberté, Placement Extérieur, Liberté Conditionnelle.

1/ Les dispositions communes à la semi-liberté et au PSE, PE sans surveillance de l'Administration Pénitentiaire

On ne peut prétendre à un aménagement de peine que lorsque celle-ci est égale ou inférieure à deux ans d'emprisonnement, un an en cas de récidive.

Les critères d'opportunité sont larges et visés par les textes:

- l'exercice d'une activité professionnelle, même temporaire, du suivi d'un stage ou de son assiduité à un enseignement, à une formation professionnelle ou à la recherche d'un emploi ;
- sa participation essentielle à la vie de sa famille (pas pour le placement extérieur).
- de suivre un traitement médical ;
- des efforts sérieux de réadaptation sociale résultant de son implication durable dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.

Mais ce n'est pas une liste exhaustive.

Parfois les situations limites font néanmoins l'objet d'un aménagement : incident (violence et stupéfiants), investissement aléatoire en détention, fragilités par rapport à l'impulsivité, mais projet (formation professionnelle) qui tient la route alors que le condamné n'avait jamais travaillé ni suivi de formation. C'est un pari pour les magistrats.

Le PSE est le plus prononcé pour favoriser le retour au domicile, cependant le détenu ne peut être localisé à tout moment, seul le PSM (surveillance mobile) le peut, or ce n'est pas un aménagement de peine.

➤ **Le parcours arrivant :**

- **Patrick LEPOUZE, Directeur des services pénitentiaires, chargé de mission à la direction interrégionale des services pénitentiaires Centre-Est :**

Historique :

11 janvier 2006 : les 47 états membres du Conseil de l'Europe adoptent les Règles Pénitentiaires Européennes R.P.E. au nombre de 108. L'Administration Pénitentiaire élabore un référentiel d'application de ces règles.

2008 : Le référentiel est diffusé dans l'ensemble des établissements pénitentiaires.

24 novembre 2009 : Intégration des RPS dans la loi pénitentiaire, dont les dispositions relatives au circuit arrivants.

2012 : Labellisation de tous les quartiers arrivants de la DISP de Dijon (19 établissements). Actuellement les 20 établissements sont labellisés (Orléans ouverture et labellisation en 2015).

2013 : Réactualisation du référentiel.

2015 : Référentiel pour :

- La prise en charge des personnes détenues sortantes.
- La prise en charge au quartier disciplinaire.
- La prise en charge au quartier d'isolement.

LA DEMARCHE DE LABELLISATION DE L'ACCUEIL DES PERSONNES DETENUS ARRIVANTES :

Une démarche de labellisation :

\_ Pour pouvoir porter une appréciation extérieure et indépendante sur la qualité des procédures et pratiques professionnelles dans le cadre de la prise en charge des personnes détenues arrivantes,

\_ Pour créer un socle commun à tous les établissements :

- . Assurer la traçabilité,
- . Assurer le contradictoire,
- . Réduire le choc de l'incarcération.

\_ Pour faire reconnaître la qualité et la rigueur du dispositif mis en place en matière d'accueil des arrivants.

Une labellisation jamais définitivement acquise :

- .Un contrôle externe tous les 3 ans (AFNOR puis VERITAS puis DEKRA).
- .Un contrôle annuel de la DISP.

Trois engagements majeurs :

- 1 – L'accueil des personnes détenues arrivantes.
- 2 – La prise en charge individuelle et l'observation des personnes détenues arrivantes.
- 3 – Le bilan par la Commission Pluridisciplinaire Unique (C.P.U).

1.1 L'accueil des personnes détenues arrivantes	1.2. La prise en charge individuelle et l'observation des personnes détenues arrivantes	1.3. Bilan par la commission pluridisciplinaire unique - orientations
1.1.1. Formalités d'écrou	1.2.1. Accompagnement individualisé de chaque personne détenue, note interne	1.3.1. La commission pluridisciplinaire unique
1.1.2. Ouverture systématique d'un livret de suivi à l'arrivée de toute personne détenue	1.2.2. Réalisation par les membres de la commission pluridisciplinaire unique des entretiens et examens prévus	1.3.2. Orientation interne de la personne détenue à l'issue du bilan effectué par la CPU au regard des observations recueillies sur celle-ci
1.1.3. Prise en charge des premiers besoins	1.2.3. Accès aux dispositifs sociaux et sanitaires de droit commun	1.3.3. Communication de la synthèse individuelle du bilan à la personne détenue concernée et au personnel
1.1.4. Installation dans le quartier ou les locaux dédiés à l'accueil, dotés d'une organisation spécifique (J, N, WE, jours fériés)	1.2.4. Modalités de contact avec l'extérieur	1.3.4. Information sur les modalités de réexamen(s) ultérieur(s) de la situation de la personne détenue
1.1.5. Présence d'un personnel formé, voire spécialement dédié	1.2.5. Possibilité d'accès à des activités sportives et culturelles	
1.1.6. Présentation du programme d'accueil, du guide d'accueil et de l'extrait du règlement intérieur		

Engagement 1 – 1 L'accueil des personnes détenues arrivantes :

L'administration pénitentiaire s'engage à assurer la mise en œuvre d'un dispositif particulier d'accueil des personnes détenues dans chacun de ses établissements de jour comme de nuit. Ce dispositif garantit la régularité de la procédure d'écrou, la prise en compte des besoins urgents de la personne détenue arrivante ainsi que son affectation dans des locaux spécifiques gérés par un personnel de surveillance formé à cet effet, voire spécifiquement dédié à cette mission. L'action de ce personnel permettra une observation pertinente et individualisée de chaque personne détenue.

#### ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE DE CHAQUE PERSONNE :

La phase d'accueil est d'une durée d'au moins 4 jours, elle s'achève par l'examen de la situation de la personne détenue lors de la Commission Pluridisciplinaire Unique dans son volet arrivants, qui précède son affectation dans le secteur d'hébergement adapté.

1 – La qualification du personnel :

- La qualification de tous les personnels notamment ceux assurant les formalités d'écrou, sur la base d'une formation initiale, d'adaptation, continue ou de tutorat.
- Une formation intégrant 3 axes :
  - .Le cadre juridique des actes et des contrôles.

.L'utilisation d'outils informatiques nécessaires à leur traçabilité.  
 .L'observation permettant une réaction appropriée face à des situations critiques nécessitant une prise en charge urgente.

Exemple de la Maison d'Arrêt de DIJON:

MA DIJON – PROCESSUS DE LABELLISATION

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX COLLECTES A L'ECROU

### ETIQUETTE

**Problème médical signalé par le magistrat :**      oui       non   
 De quel ordre :

**Examen médical urgent sollicité par le magistrat :**      oui       non

**Problème médical signalé par l'intéressé :**      oui       non   
 De quel ordre :

**Problème médical apparent :**      oui       non   
 De quel ordre :

**Signalement de risques suicidaires :**      oui       non   
 Dans la notice individuelle

<b>Identité ou numéro d'OMAP</b>	<b>Emargement</b>

**A TELECOPIER SANS DELAI A L'USS ET A L'USP : CODE FAX 064**

**Récépissé à conserver dans le livret de suivi**

Partie du référentiel	Numéro	Libellé de l'engagement	Libellé du document	Type de document	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	Date de la version initiale	Date de la version en vigueur	Liste destinataires

### 2 – Les formalités d'écrou :

Le greffe pénitentiaire est le garant de la légalité de la détention :

- . La vérification des documents visée à l'article 725 du CPP.
- . Un dispositif de double contrôle des formalités d'écrou.
- . La traçabilité des contrôles effectués par une fiche déposée au dossier individuel de la personne détenue (contrôles effectués, date, identité et signature de l'agent contrôleur).

### 3 – Les modalités d'admission :

S'assurer que les modalités d'admission sont effectuées selon le référentiel et que les enregistrements relatifs à l'admission sont conservés, notamment :

- . Identité de la personne détenue.
- . Motif de sa détention et nom de l'autorité compétente l'ayant décidée.
- . Date et heure de son admission.
- . Liste des effets personnels de la personne détenue qui sont placés en lieu sûr.
- . Toute blessure visible et toute plainte de mauvais traitements antérieurs.

- Si l'état de santé physique ou mental de la personne détenu paraît le nécessiter, le responsable de l'accueil le signale sans délais au service compétent (U.S.S, U.S.P, URGENCES).
- Un examen par le service médical dans les 48 suivant son écrou.
- Un enregistrement contradictoire et signé des bijoux et valeurs.
- Idem pour les effets personnels.



3 - L'ouverture systématique d'un livret de suivi à l'arrivée de toute personne détenue.

Le livret de suivi a pour objet la transcription et la traçabilité des informations, des observations et des événements concernant la personne d'accueil dès le début de la phase d'accueil.

4 - La prise en charge des premiers besoins.

Une douche accessible de jour comme de nuit.

Un repas chaud adapté aux régimes spéciaux de jour comme de nuit.

Un paquetage sous emballage composé à minima :

- .1 kit de couchage.
- .1 kit d'hygiène.
- .1 kit entretien de la cellule.
- .1 kit vaisselle.
- .1 kit correspondance.
- .1 kit permettant de cantiner (bon de cantine et tarifs).

5 - L'existence de locaux dédiés à l'accueil

Il existe, dans chaque établissement, un secteur d'accueil cellulaire, ou à minima une cellule dédiée et identifiée comme telle. Ce secteur permet une prise en charge et un accompagnement individuel de chaque personne détenue entrant, de jour comme de nuit, 7j/7.

6 – La remise de documents d'accueil

Des documents, traduits en plusieurs langues sont remis à chaque personne détenue (a minima) :

- . Le guide national : « Je suis en détention ».
- . Le guide d'accueil local concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.
- . L'extrait du règlement intérieur intégrant notamment les droits et devoirs des personnes détenues.
- . Le programme d'accueil précisant notamment l'organisation et le contenu de la phase d'accueil.

7 – Un programme d'entretiens individuels

Un entretien avec :

- .le chef d'établissement ou son représentant
- . le DFSPIP ou son représentant / le DPJJ ou son représentant
- . Un personnel de l'USS
- . Un personnel de l'USP
- . le responsable local de l'enseignement
- . le responsable local de la formation professionnelle
- . le psychologue PEP lorsque cette fonction est pourvue à l'établissement.

Engagement 1-2 : La prise en charge individuelle et l'observation des personnes détenues arrivantes :

L'administration pénitentiaire s'engage, pendant cette phase d'accueil, à assurer un accompagnement individualisé de chaque personne détenue tenant compte des spécificités propres à chaque public (femmes, mineurs, étrangers) sans toutefois porter atteinte à la règle de non-discrimination entre les individus. L'administration pénitentiaire veille à ce que les membres de l'équipe pluridisciplinaire rencontrent dans les meilleurs délais les personnes détenues arrivantes afin d'évaluer leur situation personnelle (dangerosité, indigence, risque suicidaire, vulnérabilité, repérage de l'illettrisme...) et de permettre leur prise en charge rapide dans le cadre des dispositifs sociaux et sanitaires de droit commun en veillant notamment à la qualité des informations délivrées et au maintien des liens familiaux. L'administration pénitentiaire s'assure que les membres de l'équipe pluridisciplinaire consignent leurs observations sur un support unique propre à chaque personne détenue (livret de suivi de la personne détenue), permettant la mutualisation de l'information et la traçabilité des événements.

1 – Réalisation par les membres de la Commission Pluridisciplinaire Unique des entretiens et examens prévus.

Prévu par l'article D.285 du CPP.

Les entretiens visent à :

- . Informer les personnes détenues (droits, obligations, organisation et fonctionnement de l'établissement)
- . Evaluer les risques que présente la personne détenue pour elle-même ou pour les autres.
- . Evaluer son profil au regard de sa situation personnelle (indigence, illettrisme, ...).
- . Informer la personne détenue sur les phénomènes de violence en détention (droit de ne pas subir, sanctions disciplinaires contre les auteurs, dénonciation systématique des faits au parquet, devoir de dénoncer ces faits au personnel ou intervenants,..)
- . Informer les personnes détenues et garantir le respect des règles en matière de confidentialité des documents.
  - . Informer les personnes détenues sur l'existence des différentes aides.
  - . Réaliser un pré repérage des personnes en situation d'illettrisme.

Le résultat des entretiens est consigné sur un support unique propre à chaque personne détenue.

2. Accès aux dispositifs sanitaires et information des personnes détenues des modalités d'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion.

3. Les modalités de contact avec l'extérieur

- . Remise d'un document décrivant les modalités pratiques et juridiques de communication avec l'extérieur.
- . Dans les 12 heures suivant l'écrou l'établissement propose un accès au téléphone pour toutes personnes détenue (*pour les personnes détenues, arrivantes prévenues, sous réserve de l'autorisation préalable du magistrat saisi du dossier*).

4. La possibilité d'accès à des activités libres.

L'emploi du temps de la phase d'accueil de la personne détenue arrivante doit ménager des temps libres, des temps quotidiens de promenades, la possibilité d'acquérir ou d'avoir à disposition des journaux, des hebdomadaires, des livres, ...

Engagement 1.3 Le bilan par la Commission Pluridisciplinaire Unique :

*Les informations consignées par l'ensemble des professionnels intervenant dans le processus d'accueil sont exploitées lors de la commission pluridisciplinaire unique durant laquelle un premier bilan de la situation de chaque personne détenue arrivante est formalisé. Cet examen permettra de procéder à une orientation adaptée à l'issue de la phase d'accueil et, le cas échéant, d'engager un parcours d'exécution de peines individualisé. La personne détenue est informée que sa situation fera à nouveau l'objet d'examen(s) ultérieur(s) en fonction des événements significatifs de sa détention (condamnation définitive, projet d'aménagement de peines, proximité de la sortie...), sur signalement des personnels ou à sa demande. En tout état de cause, la situation de chaque personne détenue devra a minima faire l'objet d'un examen annuel en commission.*

1 – La Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU)

A l'issue du processus arrivant, la CPU étudie la situation de chaque personne détenue. Elle dresse ses conclusions en fonction des observations, des entretiens, des examens et renseignements portés sur le livret de suivi de la personne détenue.

Notamment :

- Des éléments d'ordre sanitaire ex : déclaration de régime alimentaire particulier,
- Les modalités de mise en œuvre de ses droits,
- L'aptitude à bénéficier d'un parcours de détention,
- Les possibilités d'accès aux diverses activités.

2 – Communication de la synthèse du bilan à la personne détenue concernée, au personnel et information des autorités extérieures.

Une synthèse individuelle du bilan est rédigée à l'intention de la personne détenue.

Cette synthèse est :

- portée à la connaissance de la personne détenue par un membre de la CPU désigné à cet effet.
- Mise à disposition du personnel via le livret de suivi individualisé.
- Tenue à la disposition des magistrats concernés.
- Classée au dossier individuel de la personne détenue.

### 3 – Information sur les modalités de réexamen(s) ultérieur(s) de la situation de la personne détenue

Le réexamen de la situation de la personne détenue en CPU est effectué a minima une fois par an. L'Administration Pénitentiaire s'engage à réexaminer la situation de chaque personne détenue au cours de sa détention, de façon régulière et programmée ou en fonction des évènements qui surviennent (évolution de la situation pénale, projet d'aménagement de peine,...).

#### ➤ **Le travail du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) en milieu fermé :**

- **Christine LOPEZ, Directrice fonctionnelle du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de Côte d'Or :**

Le SPIP intervient dans l'ensemble des établissements pénitentiaires :

- Maisons d'arrêt
- Centres de détention
- Maisons centrales
- Centres pénitentiaires

➔ Les publics pris en charge par le SPIP sont nombreux.

Les détenus (hébergés en détention) :

- Les personnes prévenues en détention provisoire avant jugement
- Les personnes condamnées à des peines d'emprisonnement ou de réclusion criminelle

Ainsi que les publics écroués non hébergés dans les lieux d'incarcération :

- Les personnes placées sous surveillance électronique (le bracelet électronique)
- Les personnes placées en semi-liberté
- Les personnes placées en placement extérieur

➔ Qu'est-ce qu'un SPIP ?

SPIP : Services pénitentiaires d'insertion et de probation, c'est un service public départemental, il y en a 103 en France. Il intervient sous mandat judiciaire, c'est à dire que les magistrats lui confient le suivi de mesures de justice qu'elles soient en milieu fermé ou ouvert. Les personnes suivies sont aussi appelées : personnes placées sous-main de justice.

➔ Peines et condamnations

En France une personne peut être condamnée :

Soit à une peine d'incarcération:

- Emprisonnement (délits)
- Réclusion criminelle (crimes)

Soit à une peine Mixte :

- Emprisonnement assorti d'une mesure de sursis avec mise à l'épreuve
- Peine alternative à l'incarcération

➔ A quoi sert le SPIP ?

Sa mission est de prévenir la récidive.

En milieu ouvert on parle de condamnation à une mesure de "PROBATION", l'origine de ce mot vient de la preuve : on demande aux personnes suivies en milieu ouvert de "faire leurs preuves" et de ne pas commettre de nouveau des faits. On emploie aussi le terme d'alternative à l'incarcération.

En milieu fermé, le SPIP rencontre toutes les personnes incarcérées, son objectif est de :

- Maintenir les liens familiaux afin d'éviter que les personnes se trouvent isolées par rapport à leur cadre familial
- Préparer la sortie de détention
- Préparer les demandes d'aménagement de peine
- Eviter les effets désocialisant de la détention
- Permettre aux personnes d'accéder à leurs droits, notamment sociaux, qui sont très importants pour préparer la sortie
- Orienter vers des associations partenaires
- Prévenir le risque suicidaire, ce qui se travaille en partenariat

Tout ceci se travaille en lien permanent avec la personne. Tout se fait dans un objectif de bilan, de connaissance de la situation de la personne, du contexte du passage à l'acte, du contexte de vie de la personne avant son incarcération. L'incarcération n'est pas une parenthèse isolée, elle arrive car un certain nombre de faits se sont conjugués, c'est un processus long. De la même façon, une incarcération peut se situer dans diverses condamnations de la personne donc il est très important de prendre en compte l'intégralité de la situation de la personne pour avoir une analyse juste, cohérente, et adaptée au profil de la personne.

➔ Qui sont les publics que suit le SPIP ?

- Des personnes détenues pour des crimes ou des délits, des prévenus en attente de jugement.
- Des personnes écrouées non hébergées : aménagements de peines sous écrou (Placement sous Surveillance Electronique, Semi-Liberté, Placement Extérieur...)
- Des personnes en libération conditionnelle
- Des personnes condamnées à des alternatives à l'incarcération :
- Des personnes en Sursis avec mise à l'épreuve (SME)
- Des personnes condamnées à des travaux d'intérêts généraux (TIG)
- Des personnes astreintes à un suivi socio-judiciaire

Ces différentes catégories de personnes ne sont suivies de manière différenciées. Par exemple, une personne incarcérée pour 1 ou 2 ans d'emprisonnement bénéficiera d'un suivi qui sera tourné vers un aménagement de peine.

➔ Le Parcours de peine

Il est fondamental dans le suivi du SPIP. A Dijon, comme dans bon nombre de maisons d'arrêts le public est issu du département et même de l'agglomération. Le public pris en charge va ressortir sur un tissu qui est connu du SPIP en termes de partenariat, mais c'est surtout des publics qu'il faut bien identifier comme n'étant pas uniquement positionnés en maison d'arrêt. Ils font partie du droit commun à l'extérieur et leur vie est à l'extérieur. Donc il faut immédiatement pouvoir intervenir pour que la personne puisse retrouver des conditions de vie qui soient pour elle acceptables, qu'elle puisse retrouver également des conditions d'insertion, et qu'elle puisse elle-même avoir une réflexion sur les comportements qui l'ont conduit à passer à l'acte, afin de trouver avec nous des moyens, des comportements d'évitement, qui vont lui permettre de ne pas forcément repasser à l'acte et de ne pas se retrouver dans la même situation. L'incarcération n'est pas toujours un incident isolé, elle peut faire partie d'un parcours plus complexe qui peut comprendre des peines suivies en milieu ouvert et des peines d'incarcération, des périodes d'accalmies aussi parfois.

➔ Caractéristiques des personnes suivies

Les personnes suivies par le SPIP sont majoritairement condamnées pour des faits dans lesquels la

consommation d'alcool ou de produits stupéfiants existe c'est d'ailleurs pour cela que les partenariats, notamment avec l'USP à l'intérieur de la maison d'arrêt, sont essentiels. Quand on a affaire à un public qui présente des addictions fortes, le SPIP ne peut pas intervenir seul, donc il va intervenir avec tout un ensemble de partenaires de soins qui peuvent être les CMP, certaines associations (Le Renouveau etc..) puis également avec des partenaires orientés vers la réinsertion sociale. Beaucoup sont en recherche d'emploi ou ont des problèmes sociaux, familiaux ou financiers.

C'est un public "réitérant", qui n'est pas forcément condamné pour récidive, mais qui a réitéré toute une série de passage à l'acte, ce qui va entraîner des allers-retours en prison et mettre en difficulté la personne.

Enfin, les personnes incarcérées dans bon nombre de cas sont atteintes de pathologies somatiques ou psychiatriques et cela rentre forcément en compte dans le suivi de ces personnes.

→ Pourquoi ces personnes sont-elles condamnées ?

Le plus souvent ce sont pour des délits : vols, délits routiers (conduite sans permis, conduite en état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants), infractions liées à la consommation de stupéfiants, violences, escroqueries.... Mais parfois on se retrouve avec des personnes prévenues pour des crimes : meurtre, viol, association de malfaiteurs, assassinat.... La prise en charge ne sera pas la même, pour les prévenus on prépare, une fois condamnée, le transfert de la personne en maison pour peine.

→ Qui travaille au SPIP en Milieu Fermé à Dijon ?

- 1 directrice pénitentiaire d'insertion et de probation
- 5 conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation dont 1 spécifiquement chargé de l'accueil des arrivants et des Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU)
- 1 coordonnatrice culturelle : vecteur qui permet au détenu de se reconnaître citoyen d'une ville
- 1 Secrétaire
- 2 volontaires du service civique : 1 aide à la coordination culturelle et à la bibliothèque et 1 chargée de l'accès aux droits : CNI, CMU, CMUC, contacts CAF ou CIMADE. L'accès au droit est fondamental pour les détenus car son parcours de soin peut être mis à mal en cas d'absence de contact notamment CMU, CMUC.
- 1 psychologue : elle va intervenir sur des modalités de prise en charge individuelles ou collectives.

Il est fondamental d'assurer un nombre de conseillers pénitentiaires élevé afin de garantir un ratio qui va permettre un meilleur suivi des détenus, et une sortie dans les meilleures conditions en mettant en place un dialogue avec le détenu mais aussi avec le JAP. Si on n'a pas assez d'éléments circonstanciés devant le JAP, il ne pourra trancher au mieux la situation.

→ Comment intervient le SPIP ?

Les personnes sont rencontrées dans les plus brefs délais à leur arrivée, le SPIP est intégré dans le parcours arrivant. Il va y avoir un premier entretien qui va tenter de balayer la situation de manière assez rapide mais assez complète. Cet entretien sera complété par un entretien de bilan conduit par un conseiller pénitentiaire qui sera leur référent, c'est avec lui qu'un travail de fond va pouvoir commencer, il va rencontrer régulièrement le détenu lors d'entretiens individuels et/ou l'amener à participer à des programmes collectifs qui sont conçus par le SPIP : programmes de prévention de la récidive, stages de citoyenneté... Le détenu est reçu à sa demande ou à la demande du SPIP. De plus, depuis les attentats de Charlie Hebdo et du 13 novembre, nous avons mis en place des modules intervenant sur le vivre ensemble : la manière dont les détenus envisagent la tolérance et leur rapport à la religion.

→ Préparer la Sortie

La préparation à la sortie est l'axe de travail principal du SPIP, elle contribue à la prévention de la récidive et permet à la personne détenue de faire un bilan de sa situation et de se projeter dans l'après incarcération. On va envisager le « comment ? » : aménagement de peine ou sortie définitive, pas forcément sèche car il existe

un suivi à l'extérieur, ce suivi va se faire en lien avec le SPIP qui pourra être amené à la re-suivre après. Le SPIP répond aux demandes, mais il ne se contente pas de cela, il sollicite les personnes en vue de les aider à bâtir un projet adapté à leur profil et leur situation.

#### → Sur quoi travaille le SPIP avec le condamné ?

Tout d'abord il travaille avec lui, il cherche à établir une relation positive, dont le but est de permettre à la personne de modifier ses comportements, de comprendre sa condamnation et de mieux s'insérer dans le tissu sociétal. Il travaille sur les faits et le contexte du "passage à l'acte", comment la personne l'analyse, et sur les obligations fixées par la justice, comment la personne perçoit-elle sa sanction. C'est très important d'analyser ces éléments afin que le détenu ne reste pas sur de l'incompréhension, de la colère, un déni ou une minimisation des faits, face à la réponse pénale.

Il évalue la situation, suite à cette première évaluation, le SPIP propose au juge d'application des peines des modalités d'interventions individuelles ou collectives mais aussi, propose des objectifs à la personne et l'accompagne afin qu'elle puisse les atteindre.

Il étudie son parcours de peine afin de proposer une individualisation adaptée et oriente la personne vers des associations partenaires adaptées sur les thèmes qui vont la regarder de plus près : la toxicomanie, l'alcoolisme ou vers des psychologues ou des psychiatres afin de faire un bilan. On va échanger aussi avec la famille, notamment lorsqu'elle héberge la personne détenue et qu'elle se pose des questions sur la future sortie.

Il motive la personne et recherche des solutions par exemple en matière d'hébergement si besoin (hébergement précaire ou source de conflits) ou de formation en demandant à la personne de rencontrer la Mission Locale par exemple. En effet on retrouve beaucoup de lacunes en termes de formation et de compétences telles que la lecture, l'écriture chez les détenus, lacunes que l'on essaye de corriger pendant le temps de l'incarcération.

#### → Comment travaille le SPIP avec le condamné ?

Il travaille sur un versant judiciaire, éducatif et souvent pédagogique avec la personne, en lui manifestant de l'empathie. Le versant éducatif est très important : la question des savoirs être, de la politesse et du rapport à l'autre sont fondamentaux pour la réinsertion.

Il travaille sur la relation suivant des techniques issues du modèle canadien Risques/Besoins/réceptivité (RBR), on commence par évaluer les risques de récidive en fonction du contexte, puis on travaille sur ses besoins (ouverture de droit besoin en formation etc.) et la réceptivité est étudiée : comment la personne réagit à son suivi, une réflexion profonde est-elle suscitée ? C'est fondamental pour stopper le cercle des échecs successifs qui sont monnaie courante chez les détenus : échec du couple, échec scolaire etc.

On utilise aussi en utilisant l'entretien motivationnel ou les techniques de communication classiques. L'important étant de se situer dans la considération de la personne et dans la bienveillance. L'empathie est aussi utilisée pour favoriser les échanges dans un contexte de confiance.

#### → Le partenariat

Le SPIP ne travaille jamais seul, ses partenaires institutionnels, internes et associatifs sont essentiels et nombreux. Notamment on retrouve : Pôle emploi, la mission locale et les entreprises d'insertion, des partenaires de soins associatifs ou institutionnels, des associations d'insertion, le SIAO pour l'hébergement des personnes. On essaye actuellement de renforcer le partenariat avec le SIAO car l'hébergement est une problématique très préoccupante.

#### → Les types de sorties

Dans le cas des aménagements de peine, ils sont préparés avec le SPIP qui rédige un rapport à l'attention du JAP en vue du passage en débat contradictoire.

- Le placement sous surveillance électronique (PSE) est le plus fréquent des aménagements, il sollicite la sphère personnelle et familiale.
- La semi-liberté, elle, est une mesure cadrante qui lie insertion et sanction. Cependant elle est moins utilisée car il existe beaucoup moins de places en semi-liberté.
- Le placement extérieur constitue une mesure en lien avec un partenariat ciblé, il permet une prise en charge ciblée, notamment en matière de soin ou d'insertion. Suivi en binôme avec le partenaire et le SPIP.
- La libération conditionnelle est plus utilisée pour les moyennes et longues peines, elle permet de mettre en œuvre un projet de sortie complet mais requiert une bonne autonomie, et qu'un travail préparatoire ait été mené en détention.
- La sortie en fin de peine

Elle n'est pas synonyme de sortie sèche car elle est souvent couplée à un suivi en milieu ouvert (SME, suivi socio judiciaire, TIG...). La libération sous contrainte issue de la loi de 2014 permet une libération anticipée sous conditions et constitue un SAS de sortie. Il est important d'avoir des objectifs précis pour chaque personne et de suivre la poursuite de ces objectifs après la sortie.

En conclusion, le SPIP est un service au carrefour du judiciaire, de l'insertion, de l'éducatif et de l'humain avec des personnels motivés mais en nombre insuffisant, qui contribue à faire de l'incarcération un temps de bilan et de la sortie une perspective dont la personne est réellement actrice.

➤ **Le rôle de l'avocat :**

- **Jean-Baptiste GAVIGNET, avocat au Barreau de Dijon :**

Je vais essayer d'être concis et d'apporter des pistes de réflexions juridiques sur le rôle des avocats.

Lorsque l'on regarde l'outil législatif, réglementaire, et les conventions mises en place, on pourrait être amené à considérer que le rôle de l'avocat est résiduel et que, finalement, tout va bien dans le meilleur des mondes, qu'il n'y a plus de difficultés à affronter. Ce serait faire abstraction, trop souvent, d'une absence de moyens dans l'application des textes, il est important de le rappeler. L'expérience d'un avocat c'est aussi une expérience de retours de ses clients, qui pour ceux qui nous en parlent, vont souligner ce qu'ils jugent comme des carences, une insuffisance de soins... C'est subjectif et ne permet pas de généraliser mais va permettre parfois de nuancer un arsenal législatif et réglementaire qui, a priori, devrait donner satisfaction.

N'oublions pas qu'a priori, c'est dans un rapport de la Commission des lois de l'assemblée Nationale du 5 mai 2010, on évaluait à 10% de la population carcérale actuelle les personnes souffrant de pathologies mentales graves.

A Dijon, on s'est posé beaucoup de questions après l'adoption de la Loi du 5 juillet 2011, notamment à l'époque, voir des avocats arriver de manière trop fréquente, trop procédurière est quelque chose qui a pu poser des difficultés et à une éthique de responsabilité on avait opposé, pour reprendre les termes de WEBER, une éthique de conviction, mais je crois que WEBER lui-même disait que l'éthique de conviction n'exclue pas la responsabilité et on a vu une jurisprudence du JLD évoluer en faveur des patients et au-delà des textes, imposer l'horodatage des certificats médicaux, imposer des motivations précises des certificats médicaux etc. Lorsque l'on se pose la question de l'intervention de l'avocat face à une personne détenue, on est mal à l'aise car le débat n'est pas éthique de conviction ou de responsabilité. D'abord, nous avons régulièrement des rendez-vous judiciaires avec nos clients : c'est une audience de jugement, c'est une audience en aménagement de peine, et il est évident que l'on ne peut pas oublier, j'entendais tout à l'heure « l'humanité doit être mise en avant » évidemment qu'elle est présente et c'est ce qui est je crois profondément dans les gènes d'un avocat ainsi que dans notre serment, que lorsqu'il y a un suicide, c'est un drame pour la famille, pour les proches, pour les institutions mais aussi pour un avocat, je tiens à le rappeler. Néanmoins ce suivi est évidemment compliqué, car on voit notre client peut-être pas suffisamment, on n'est pas là au quotidien comme le SPIP, et on a nos limites parce que c'est une matière qui oblige à être à la confluence de compétences en matière administrative,

en droit pénal, d'une bonne connaissance du Code de la Santé Publique, de connaissances médicales de façon générale et il est clair que cela est relativement compliqué. Car voir un client qui souffre de troubles psychiatriques veut dire avoir une personne qui ne va pas nécessairement se confier à nous, il faut analyser la posture de la personne : est-elle à même de nous parler ? Un avocat est toujours marqué juridiquement, même si l'on est évidemment un soutien, on peut s'exposer à un silence, mais tout comme l'administration pénitentiaire ou les médecins. Néanmoins parfois, on a un avantage c'est que l'on peut connaître le passé de ce patient, et je crois qu'on l'a entendu tout à l'heure, la prise en charge d'un patient, d'un détenu, se fait souvent sur un mode déclaratif. Que par le passé il y ait eu des tentatives de suicide, des problématiques de soins, des hospitalisations sous contrainte, l'avocat est le seul à en avoir connaissance. Pour reprendre rapidement ces éléments d'information et l'utilité de ces éléments d'information, en ce qu'ils peuvent être portés à la connaissance de l'administration pénitentiaire notamment, j'ai repris rapidement la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui a évolué en la matière.

Juste un mot sur la notion de « handicap » qui est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « l'écart entre l'incapacité de l'individu et les ressources matérielles et sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités ». Finalement, est un handicapé mental, ou autre d'ailleurs, une personne qui ne peut pas par ses propres ressources faire face à son handicap, pallier justement cette situation d'infériorité dans laquelle le handicap la place.

La CEDH a évolué en considérant, et c'est très clair au niveau de sa jurisprudence, qu'elle est en droit d'exiger de la part des Etats membres des modalités d'exécution des mesures prises « qui ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrances inhérentes à la détention ». Par un arrêt assez intéressant, l'arrêt SELMOUNI C/ France du 28 juillet 1999, la Cour va dire que le niveau d'exigence croissant en matière de protection des droits de l'Homme et des libertés fondamentales implique parallèlement et inéluctablement, une plus grande fermeté dans l'appréciation des atteintes aux valeurs fondamentales des sociétés démocratiques. En pratique, et on a un autre arrêt qui est intéressant par ailleurs URTADO C/ SUISSE du 28 janvier 1994, la détention d'une personne très malade n'est pas assimilable à un traitement inhumain et dégradant, si, évidemment la question est là, cette personne est soignée en prison et si les autorités s'engagent à l'hospitaliser en cas de besoin.

Nous avons trois textes qui servent à la CEDH pour poser une jurisprudence : l'article 3 sur la prohibition des traitements inhumains et dégradants, l'article 2 sur le droit à la vie, l'article 5 sur le droit à la liberté et à la sûreté ainsi que l'article 8 sur le droit au respect de la vie privée. La jurisprudence évolue, je le disais, on est dans une analyse concrète mais aussi finalement Anglo-saxonne et c'est cumulatif au cas par cas, même si la procédure est inspirée du droit français. Dans un premier temps, la CEDH exigeait de rapporter une preuve de ce que l'aggravation de l'état de santé du patient hospitalisé était lié aux conditions de vie en milieu carcéral (arrêt AERTS C/ Belgique du 30 juillet 1998). Et petit à petit, la jurisprudence va évoluer dans un sens beaucoup plus favorable au patient, dans un arrêt ROMANOV C/ RUSSIE du 20 octobre 2005, la CEDH va considérer, dans une espèce où une personne avait besoin de soins, où on avait un surpeuplement aigu produisant des effets néfastes pour le patient, que la détention avait du, donc on est plus sûr de la preuve, porter atteinte à la dignité du requérant et lui inspirer des sentiments d'humiliation et d'avilissement. Continuant dans sa logique, dans l'arrêt DYBEKU C/ ALBANIE du 18 décembre 2007, la CEDH va même ouvrir sa jurisprudence pour sanctionner les Etats en considérant que la nature de l'état psychologique du requérant le rendait plus vulnérable que le détenu moyen et que sa détention avait pu, et cette fois-ci on est sûr une possibilité, aggraver son sentiment de détresse, d'angoisse et de peur.

Si on souhaite avoir une synthèse des critères à prendre en compte, on a un arrêt du 20 janvier 2009 SLAWOMIR C/ POLOGNE, pour statuer sur l'aptitude d'une personne ou non à la détention aux vues de son état, trois éléments particuliers doivent être pris en considération : son état de santé, le caractère adéquat des soins ou traitements médicaux dispensés en détention, et enfin l'opportunité de son maintien en détention compte tenu de son état de santé. Et très concrètement, on peut donner quelques exemples sur ce qui a pu être retenu comme étant constitutifs de traitements inhumains et dégradants : une personne qui est restée très longtemps, alors qu'elle était gravement et durablement malade, dans une incertitude prolongée quant à ses éventuels transferts, ce qui avait généré une situation de détresse (arrêt TADDEI C/ France du 21 décembre 2010).



Juste une observation sur les conditions de détention, la CEDH a considéré que le fait d'être en quartier disciplinaire, en soit, ne constitue pas, même pour une personne atteinte de troubles psychiatrique, un traitement inhumain ou dégradant, si tant est néanmoins, c'est ce qui ressort de l'arrêt COCAIGN C/ France du 3 novembre 2011, que l'établissement pénitentiaire ait mis en place toutes les mesures de surveillance quotidienne de soins, en cellule disciplinaire.

Dernier point, également sur la perspective que donne la CEDH à l'obligation de soin : une condamnation cette fois-ci sur la base de l'article 5 sur le droit à la liberté et à la sûreté, condamnation intervenue contre la Belgique dans un arrêt du 2 octobre 2012. En l'occurrence, on avait considéré que tous les avis médicaux et psychosociaux et les décisions de l'autorité compétente concordaient pour constater un caractère inadapté à la pathologie et au reclassement et qu'il y avait eu rupture entre le but de la détention et des conditions dans lesquelles celle-ci avait pu avoir lieu.

Cela signifie que la position de l'avocat est d'abord d'essayer de savoir si oui ou non on a un patient qui bénéficie concrètement, eu égard à sa pathologie, de traitement adapté. Comment peut-on faire ? Tout d'abord, axer un certain nombre d'informations. Il faut rappeler que, et c'est encore une fois issu d'une jurisprudence de la CEDH (SZULUK C/ Royaume-Uni du 2 juin 2009), un patient est en droit par exemple d'obtenir les résultats des examens médicaux qui lui sont prescrits. Car la plupart des avocats lorsqu'ils viennent, arrivent avec un dossier médical vide, étant rappelé que le secret des correspondances couvre celles des avocats mais aussi celles avec les médecins extérieurs. Cela signifie que concrètement, un patient doit avoir accès aux documents médicaux le concernant, que l'on peut également demander, nous, si ce n'est par le biais de la famille et des médecins qui ont suivi notre client, d'avoir accès par notre client aux dossiers médicaux le concernant, et le cas échéant de l'aider à obtenir ceci. Je suis toujours assez surpris de voir que des experts judiciaires puissent statuer sans avoir demandé les dossiers médicaux des personnes qu'ils ont à expertiser. Un patient hospitalisé, opéré, sauf à justifier de la nécessité absolue de mesures de contrainte physique ne doit pas normalement être tenu attaché à son lit, nous avons de nombreux arrêts sur la question, rendus contre la France par ailleurs. Il faut prendre en compte l'âge de la personne, son état de santé, l'absence d'antécédents ou pas, et c'est un contrôle concrètement de proportionnalité qui est réalisé par la CEDH. Pour résumer, il faut en l'occurrence assurer le droit à la vie, fondamentalement c'est ce qui je crois est au cœur de la jurisprudence de la CEDH. C'est ce qu'il ressort d'un arrêt assez récent du 4 février 2016, rendu contre la France : « il convient d'interpréter l'obligation pesant sur un établissement pénitentiaire de manière à ne pas imposer aux autorités un fardeau insupportable ou excessif, toute menace présumée contre la vie n'oblige pas les autorités à prendre les mesures concrètes pour en prévenir la réalisation, ainsi dans le cas spécifique du risque de suicide en prison, il y a une telle obligation positive que lorsque les autorités savent ou devraient savoir sur le moment, qu'existe un risque réel et immédiat qu'un individu donné attente à sa vie ». Cela veut dire, très concrètement, à mon sens, que l'avocat, doit intervenir, doit informer, s'il n'y a pas de déclaration spontanée de son client à l'administration pénitentiaire doit l'informer des risques encourus, du passé médical, le tout évidemment en accord avec ce patient puisqu'on ne peut le faire à son insu au vue du caractère confidentiel et sensible de ces informations, et au moins on mettra l'administration à même de satisfaire à ses obligations.

Autre moyen, à mon sens de faire respecter les droits, la saisine du Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté qui vérifient l'accès à un certain nombre de droits pour les individus détenus : droit au téléphone, à la correspondance, salubrité des locaux etc. Ici, le CGLPL va vérifier le nombre de membres du personnels, on parlait du manque de moyens tout à l'heure, afin de vérifier que celui-ci est conforme au protocole, et il semble que beaucoup de médecins soient en difficulté pour exercer normalement. Sur ce point, il semble intéressant pour nous juristes de se référer aux normes pénitentiaires européennes du Conseil de l'Europe, avec toute une partie sur les soins, notamment l'article 43-1 « Le médecin doit être chargé de surveiller la santé physique et mentale des détenus et doit voir, dans les conditions et au rythme prévus par les normes hospitalières, les détenus malades, ceux qui se plaignent d'être malades ou blessés, ainsi que tous ceux ayant été spécialement portés à son attention. » et 43-2 : « Le médecin ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin doit prêter une attention particulière à la santé des détenus dans des conditions d'isolement cellulaire, doit leur rendre visite quotidiennement; et doit leur fournir promptement une assistance médicale et un traitement, à leur demande ou à la demande du personnel pénitentiaire. ». Les grands principes étant contenus dans les articles 39 et 40-1 : un détenu malade est un détenu comme les autres. Donc vérification des conditions particulières dans lesquelles le malade est pris en charge.

Souvent pour savoir dans quelles mesures un malade peut bénéficier d'un aménagement de peine, on passe par le biais de l'expertise. Vous trouverez à l'AJ Pénale de 2014, un article assez intéressant et original portant sur les différentes expertises en psychiatrie. Le Professeur de droit et de criminologie à l'université de Reims, Herzog-Evans, interroge 20 JAP sur ce qu'ils pensent des expertises. On aura des réponses intéressantes et pas éloignées des critiques que peuvent formuler les avocats eux aussi. Tout d'abord les JAP ont déclaré vouloir que l'analyse rende compte de la manière dont l'expert était parvenu à ses conclusions, c'est appréciable de comprendre le raisonnement de l'expert et fait sortir les acteurs du monde judiciaire que nous sommes, de la simple répétition des paroles de l'expert. De manière plus générale, l'étude tend à démontrer que les expertises ont des conséquences sur les décisions des juges, c'est le biais d'encrage, qui a été découvert lors d'une thèse en 2009. On peut deviner le poids considérable d'une expertise lors d'une audience de Cour d'Assises, cependant ce n'est pas l'unique facteur déterminant puisque le juge est amené à prendre sa décision en vertu d'autres paramètres : son envie de prendre la bonne décision, d'avoir le respect de leur pairs et de la société etc... Une partie importante des JAP n'est pas convaincu du sérieux des JAP, le sentiment d'un avocat n'est pas totalement différent, moins l'expert expliquera sa méthode, moins la confiance en ses conclusions sera évidente. Un arrêt assez salubre a été rendu en matière de suspension de peine, parce que la question se posait de savoir si le juge était lié par les expertises, parce que manifestement en lisant le texte, c'était quelque chose d'assez radical, l'alinéa 2 précisant que la suspension « ne peut être ordonnée que si une mesure d'expertise médicale établit que le condamné se trouve dans l'une des situations ... ». Un avocat en lisant ceci est choqué car il a l'impression que le pouvoir n'est plus entre les mains de la justice mais d'un expert. Un de mes confrères, Maître SPINOZI il me semble, a déposé une Question Prioritaire de Constitutionnalité sur ce texte et la Cour de Cassation dans un arrêt du 26 juin 2013 a répondu que le juge reste saisi d'une demande de suspension, nonobstant les termes qui étaient défavorables, il peut soit ordonner une nouvelle expertise, soit rechercher si le maintien en détention de l'intéressé n'est pas constitutif d'un traitement inhumain et dégradant notamment par son incompatibilité avec les garanties qui lui sont dues pour protéger sa vie. Le juge reste souverain et s'il reste souverain, cela signifie que l'avocat a encore une utilité, que tout n'est pas dans le pouvoir des experts et à ce moment-là, décrire les conditions de détention, décrire la pathologie, pouvoir solliciter les rapports médicaux sont autant d'éléments qui viennent à l'appui d'une démonstration libre et non-contrainte.

J'en terminerai sur les moyens qu'il nous reste, ce sont ceux que la justice administrative a mis à notre disposition, et à ce titre, et les référés en la matière sont des référés salutaires. On avait parlé des conditions de détention lorsque, à Rennes me semble-t-il, des sanctions financières contre l'Etat étaient tombées, pour des détentions effectuées dans des conditions jugées indignes. Trois procédures sont utiles en matière administratives à ce propos : le référé constat, le référé dit « conservatoire » et plus particulièrement le référé instruction qui me paraît le plus utile. Sa procédure est presque celle du référé constat, à la différence que pour le référé instruction, le juge nomme un expert qui ne fera pas que décrire ou constater les faits, celui-ci pourra collecter des documents, visiter les lieux, auditionner des témoins, déterminer les causes ou les conséquences d'une situation, évaluer le préjudice, et vous savez qu'en la matière, lorsqu'il faut saisir un juge il faut quand même démontrer a priori que nous avons une situation d'atteinte aux droits et on est dans une situation de preuve libre (attestations de codétenus, documents médicaux...). Donc, sous cet angle-là, la justice administrative est une justice efficace, nous avons peut-être encore un rôle à jouer, non pas pour venir contrarier une institution, non pas évidemment pour mettre en cause qui que ce soit, mais simplement au contraire pour assurer la finalité des textes, une finalité effective et très concrète.

## II. ECHANGES AVEC LA SALLE

**Modérateurs:** - Bruno MADELPUÉCH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse.

- Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon.

- Isabelle BORDENAVE, Première Vice-Présidente du Tribunal de Grande Instance de Dijon.

- Olivier OBRECHT, Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Bourgogne – Franche-Comté.

- Monsieur Pascal AVEZOU, Responsable du département Organisation de l'offre de soins de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie, en matière d'organisation de l'offre de soins et de l'autonomie et de gestion des autorisations dans les domaines sanitaire, médico-social et ambulatoire à l'Agence Régionale de

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Je crois qu'en premier lieu nous pouvons remercier les quatre intervenants de la matinée pour leur prestation claire, riche de tas de questions que vous devez avoir en tête puisqu'il y a un certain nombre de choses et de thèmes qui ont été évoqués et qui ne peuvent que vous faire réagir. Peut-être ce que l'on peut dire de manière un peu synthétique c'est que ce matin on a beaucoup plus parlé du détenu que du patient, c'était aussi une volonté lorsque nous avons préparé le programme, de dire qu'il fallait poser le cadre avec ce cadre particulier qu'est la détention, la privation de liberté, le fait de se retrouver en maison d'arrêt privé de sa liberté d'aller et venir comme on le souhaite, comme tout citoyen, et comment de ce fait, intégrer, dans ce cadre très particulier où bien évidemment la prise en charge et la sécurité sont importantes, un parcours de soins. Ce que l'on peut retenir de ce qui a été dit ce matin, c'est que la peine d'emprisonnement ce n'est pas une fin en soi, au contraire, c'est le début de quelque chose, le début d'un parcours pour reprendre les termes des intervenants. Ce parcours de peine qui est jalonné de multiples carrefours, carrefours avec des bifurcations à justement comment effectuer la peine autrement qu'avec une incarcération, Mme CUENIN l'a rappelé, il y a les aménagements de peine ab initio et les obligations tout au long du parcours du JAP d'examiner la situation du détenu pour voir comment la peine peut évoluer. Ce qu'il faut savoir, et nous l'avons vu ce matin, c'est que le milieu fermé n'est pas si fermé que ça, il y a des tas de regards extérieurs, la labellisation dont parlait Mr LEPOUZE, le fait qu'un tiers va avoir un regard extérieur, va énoncer des critiques et participer ainsi à l'amélioration de la prise en charge. Ce que l'on peut retenir aussi de ce qui a été dit et répété à plusieurs reprises ce matin, c'est l'importance de l'humain, car on manie des concepts mais dans la réalité on parle d'humains, on parle de nos concitoyens qui a un moment donné effectivement, ont eu des comptes à rendre à la justice mais qui restent et qui doivent rester dans la société. Donc l'humanité et puis le partenariat effectivement qui est très important, Mme LOPEZ l'a aussi évoqué, tout le travail qui est fait après le prononcé d'une peine d'emprisonnement ce n'est pas que la chose de la justice, ce n'est pas que la chose de l'administration pénitentiaire, il y a bien d'autres professionnels et cela ne peut fonctionner que de cette manière, par l'intervention des nombreux professionnels. Et puis dernier point qui va de paire avec le partenariat, c'est la pluridisciplinarité, il est effectivement important que ce regard croisé se fasse pour que la peine qui a été prononcée soit utile, bien évidemment au condamné, utile bien évidemment, à la société, et que le détenu qui a besoin de soins soit effectivement pris en charge. Maintenant je vous laisse la parole.

**Madame Isabelle BORDENAVE, Première Vice-Présidente du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** J'aurais voulu rebondir sur l'intervention de Maître GAVIGNET en m'adressant à ma collègue, Mme CUENIN, sur sa perception en tant que JAP des rapports d'expertises et l'incidence de cette expertise dans les décisions que vous êtes amenée à prendre.

**Madame Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** la perception, je crois qu'elle rejoint effectivement celle des 20 magistrats qui ont été consultés par Mme HERZOG, souvent nous ne comprenons pas grand-chose des expertises. C'est souvent des termes très techniques, très médicaux. Alors on peut en avoir certains qui ne le sont pas mais on peut avoir certaines pathologies qui sont extrêmement techniques et on est obligé de rechercher dans la littérature pour essayer de comprendre un peu ce qu'il en est et quels sont les ressorts de cette pathologie, ce que cela implique en termes d'éventuelle récidive. Personnellement, j'attends d'une expertise de comprendre précisément les troubles qui ont pu être constatés et c'est souvent une réponse que l'on n'a pas. De la même manière, lorsque nous questionnons l'expert sur la dangerosité de l'individu, c'est extrêmement difficile voire presque peine perdue, les experts, n'ont pas plus de boule de cristal que nous, magistrats. L'exercice pour eux aussi, il faut le reconnaître n'est pas simple, souvent ils doivent répondre à deux questions : la dangerosité du point de vue psychiatrique et du point de vue criminologique. Du point de vue criminologique, il faut le dire, ils sont bien en peine pour apporter des réponses. Il existe différentes méthodes qui ne sont pas forcément partagées par tous sur l'évaluation de ces risques, je crois que ces évaluations appartiennent à tous mais je crois que la première attente c'est d'essayer d'y voir un peu plus clair sur la description des troubles des personnes examinées.

**Docteur Christine MEYER, Praticien Hospitalier du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse :** je rejoins ce que disait Mme CUENIN, le problème de l'expertise est très complexe sur, notamment, l'analyse de la dangerosité, sur les termes utilisés. Mais j'aurais voulu rebondir sur

autre chose, j'ai beaucoup apprécié l'intervention de Maître GAVIGNET. Cela me pose beaucoup de questions sur notre pratique psychiatrique de soignant en détention. Je vous rejoins quand vous parlez de la nécessité des droits des détenus, des patients, de l'accessibilité aux soins, on travaille en détention pour ça, pour essayer de faire en sorte qu'ils aient les mêmes soins que tout autre malade à l'extérieur. Néanmoins votre intervention me pose beaucoup de questions et me fait un peu peur, quant à nos responsabilités car sur le terrain c'est au quotidien que l'on travaille dans le risque, de suicide, de passage à l'acte. C'est très fréquent et nous faisons avec les moyens du bord, je dirais. Vous avez parlé de la jurisprudence de la CEDH de 2009, je crois que c'était à propos d'un patient psychotique qui avait porté plainte pour traitements inhumains, c'était une personne qui avait fait plusieurs allers-retours entre milieu hospitalier et incarcération. A l'époque les hospitalisations d'office étaient souvent très courtes, le temps de mettre en place un traitement, et le patient repartait donc en détention, à charge pour les médecins en détention de faire suivre ce traitement. Malheureusement, une fois revenus en détention, ces patients sont insuffisamment stabilisés, refusent le traitement, donc les troubles réapparaissent et c'est un retour en hospitalisation. Je me souviens que cette histoire m'avait frappée à l'époque car c'est quelque chose qui est très fréquent, enfin qui l'était, des allers-retours fréquent qui duraient sur des années, cette personne est restée me semble-t-il quatre ans incarcérée avant d'obtenir un non-lieu pour abolition du discernement. Alors maintenant effectivement avec les UHSA on a une prise en charge plus adaptée, sur une plus longue durée, les patients reviennent plus stabilisés, mais on a toujours des psychotiques qui sont en attente de jugement d'Assises depuis des années. Les UHSA ne peuvent pas garder deux, trois, quatre ans un patient hospitalisé, nous au SMPR nous en avons aussi pendant des années, deux ou trois ans, en attendant l'abolition du discernement et c'est très compliqué.

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :** je reviens à la compréhension des expertises, et cela réveille en moi un souvenir du temps de mon activité où j'avais reçu une lettre d'un service de psychiatrie, dans laquelle je n'avais strictement rien compris. Donc vous voyez que vous n'êtes pas les seuls. Et j'avais écrit au chef de service en disant que la moindre des marques de respect pour le correspondant c'est de transposer en des termes compréhensibles les difficultés qu'il y a parfois, évidemment, à cerner la personnalité d'un sujet, à plus forte raison sa pathologie. Mais je n'aurais qu'une suggestion à vous faire, c'est que vous ayez un psychiatre traducteur près le tribunal.

**Monsieur Olivier ROLIN, Interne au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse :** je suis interne en psychiatrie et j'ai effectué un an au SMPR, comme mes collègues, j'ai trouvé votre intervention très intéressante, néanmoins, ne serait-ce que pour terminer sur l'expertise, dont j'ai eu une rapide formation, il est effectivement stipulé qu'elles doivent être rédigées en langue « vulgaire » de manière à être comprises par les juges mais également par les jurés, qui sont souvent bien naïfs dans le domaine de la psychiatrie. Dans les procès d'Assises auxquels j'ai pu assister, j'ai pu effectivement observer que c'était totalement opaque pour vous, et c'est assez regrettable.

Sur un deuxième point, vous avez insisté sur les droits des patients détenus qui sont censés être, théoriquement, les droits de n'importe quelle personne. J'insiste sur le théoriquement, car la pratique peut être différente. Déjà à cause de par les pressions de l'administration pénitentiaire qui cherche souvent à savoir ce qu'il se passe effectivement avec les détenus, aussi ne serait-ce que par rapport au secret, nous pouvons parfois être amenés, non pas à le violer, mais à avertir l'administration pénitentiaire du danger qu'elle pourrait courir du fait de ce qu'un patient aurait laissé entendre, également pour protéger les personnes. Donc on est souvent sur le fil en ce qui concerne le secret et d'autre part ce secret peut être parfois perturbé à partir du moment où l'on met quelqu'un en surveillance adaptée, où l'administration pénitentiaire comprend très bien qu'il existe un risque suicidaire sans que nous l'ayons clairement dit. Les droits des patients en général, sur un autre registre, on pourrait parler notamment de l'injonction de soins où en théorie dans ce registre, le secret doit être respecté sauf qu'en pratique, le secret est partagé entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant, le premier communiquant des informations au juge, ce qui fait que le secret n'est plus si respecté que ça. Le libre choix du médecin doit être respecté sauf qu'en milieu carcéral, ce libre choix est quand même très limité, un détenu de Dijon ne pourra pas avoir son cardiologue à Paris évidemment. Dans le cadre de l'injonction de soins, le libre choix du médecin traitant se pose aussi, dans le sens où, si le patient faisant l'objet de cette injonction propose à plusieurs reprises un médecin homéopathe il est certain qu'au bout d'un moment le médecin coordonnateur va lui imposer un médecin qui ne sera pas celui qu'il a choisi. Donc sur ce nombre de points les droits des patients détenus si théoriquement ils sont censés être respectés, ce n'est pas toujours le cas en pratique du fait des exigences du milieu.

Mme TARRARE demande à Mme CUENIN et M. LEPOUZE de répondre à ces problèmes soulevés.

**Madame Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** la première des choses que je pense, on oublie trop facilement, c'est qu'il serait bien de demander au patient ce qu'il en pense, ce qu'il veut bien que l'on communique ou pas. Ça devrait être la première question. Je crois que dans bien des cas il serait d'accord pour communiquer les informations, peut-être pas tout mais au moins un certain nombre de choses, surtout que les choses évoluent. Quand le traitement avance, quand il a eu une évolution et que le traitement thérapeutique commence à porter ses fruits on doit demander au patient si l'on peut communiquer et si oui, ce que l'on peut communiquer. Pour ce que j'ai vu depuis quelques années de pratique, on est dans le respect du secret médical ne va pas à la pêche aux informations auprès des différents praticiens que ce soit en maison d'arrêt ou dans le cadre d'une obligation de soins. Mais à l'inverse, on a quand même besoin d'un certain nombre d'éléments pour vérifier que cette obligation est respectée. Concrètement, l'individu qui nous dit « regardez j'ai bien mon attestation, j'y suis allé », si c'est uniquement pour faire acte de présence, le respect est moindre. Alors après, c'est peut-être déjà un premier pas puisque le fait de s'être présenté peut, déjà ne serait-ce que pour le praticien, amorcer le début d'un travail, mais voilà la première des observations que je voulais faire était par rapport à ce besoin d'informations.

**Patrick LEPOUZE, Directeur des services pénitentiaires, chargé de mission à la direction interrégionale des services pénitentiaires Centre-Est :** pour vous répondre simplement et assez brièvement, vous évoquez le principe des surveillances adaptées, qui étaient susceptibles parfois de mettre un peu à mal quelques secrets. Simplement, il nous importe à nous de protéger les personnes, contre elles-mêmes et entre elles, le terme personne étant pris au sens large du terme, qu'elles soient détenus ou personnel de l'établissement ou intervenants hors de l'établissement. Et c'est vrai que quand un chef d'établissement ou officier en détention reçoit une demande de surveillance adaptée on ne va pas forcément aller à chaque fois à la pêche aux informations, on sait simplement, on a une espèce de code non-écrit, que ce n'est pas fait uniquement pour faire plaisir aux gens, évidemment. De ce non-dit, on en déduit un processus à mettre en place, évidemment quand un praticien demande une surveillance adaptée pour une personne et bien on va dérouler tout l'arsenal qui est en notre possession pour mettre en place cette surveillance adaptée. Et j'allais dire, le fait de savoir pourquoi vous nous le demandez nous importe assez peu finalement. Vous le demandez parce que médicalement vous avez une raison majeure de le demander, et nous il nous appartient de mettre en place les dispositions adéquates. Ce n'est pas toujours facile, j'en conviens, parce que les contraintes d'établissement sont parfois extrêmement sévères, les contraintes de gestion des personnes sont parfois difficiles mais je peux vous assurer qu'en 22 ans de carrière, je n'ai jamais vu dans les établissements que je dirigeais quelqu'un mettre à mal une demande de surveillance adaptée. A chaque fois, je peux vous dire que le personnel a à cœur de tout mettre en œuvre pour protéger les autres, et comme le disait M. GAVIGNET, lorsqu'un suicide survient c'est un drame violent pour tout le monde, pour le chef d'établissement notamment ou pour le SPIP quand vous devez l'annoncer à la famille. Donc le suicide en détention c'est pour nous un constat d'échec sur toute la ligne, même si on se dit qu'à un moment donné on n'échappera jamais à ce risque, on se demande ce que l'on a loupé humainement, ce que techniquement on n'a pas vu venir. Je peux vous dire que je n'ai jamais vu de surveillance adaptée mise à mal ou rejetée par l'administration.

**Monsieur COLY, Directeur de la Maison d'Arrêt de Dijon :** J'ai entendu vos observations quant aux pressions éventuelles que l'administration pénitentiaire pouvait faire auprès du personnel médical. Je ne pense pas qu'il faille parler de pression, on a beaucoup parlé de prise en charge du patient détenu, je pense qu'il est dans notre intérêt, que l'on soit praticien ou personnel pénitentiaire, de travailler en commun. Mais dans ce cadre-là je ne pense pas qu'il s'agisse de pressions, il s'agit juste de trouver les moyens les plus adaptés possibles pour arriver à une prise en charge la plus optimale de la personne écrouée ou de la personne qui est incarcérée. Le partenariat on l'a évoqué, la Commission Pluridisciplinaire Unique c'est quand même un outil qui nous permet d'évaluer, de recueillir le maximum d'éléments pour adopter une prise en charge la plus adaptée envers les publics qui nous sont confiés. Et au-delà de ça je parlerai aussi de responsabilité puisqu'il est quand même de la responsabilité de l'administration pénitentiaire que de garantir que les personnes qui sont écrouées puissent avoir une prise en charge adaptée mais puissent aussi rester en vie, puisqu'on a parlé de la problématique du suicide qui est toujours délicate quand on la subit. Donc notre quotidien c'est aussi de veiller à ce que cela n'arrive pas et on a besoin de tous : tous les corps, tous les partenaires, pour justement faire en sorte que cela ne se reproduise pas même si parfois on sait que c'est compliqué parce qu'il y a des situations que l'on ne voit pas venir, malheureusement quand cela arrive c'est quand même traumatisant pour tout le

monde.

**Docteur Jean-Pierre MOURAUX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Côte-d'Or :** je voudrais préciser pour M. ROLLIN, qui considère comme un début de violation du secret médical le fait de marquer « surveillance adaptée ». Le secret médical a été institué dans l'intérêt du patient, quand vous dites « surveillance adaptée » c'est bien dans l'intérêt du patient donc en aucun cas vous ne violez ou n'enfreignez le secret médical. Ce secret n'est pas là pour vous protéger mais pour protéger le patient, on est bien dans cette démarche. Et les seules oppositions à l'intérêt du patient individuellement pris sont les intérêts de la collectivité, seulement dans cette situation ces deux intérêts se rejoignent donc ici il n'y a pas de problèmes, on ne peut invoquer le secret médical pour ne pas donner ce type de renseignement.

**Madame Catherine CERDAN, cadre de santé au SMPR du Centre Hospitalier La Chartreuse :** je travaille au SMPR depuis 2008 à la maison d'arrêt de Dijon. J'ai vu l'introduction des règles européennes et donc je voulais remercier M. LEPOUZE d'avoir bien appuyé sur l'humanité. J'ai pu voir un petit peu l'évolution de la prise en charge par les surveillants pénitentiaires des détenus, j'ai aussi vu le changement radical avec la possibilité pour les détenus de téléphoner. Cette possibilité a eu un impact fort sur leur vie quotidienne et sur leur prise en charge puisque quand je suis arrivée il y avait de nombreux cas d'automutilations, des scarifications presque en continu, tous les jours. L'introduction du téléphone a donc pu faire du bien aux personnes. Depuis, il y a eu toute une évolution de la prise en charge, du respect de la personne détenue, que l'on sent au quotidien. Le partenariat avec les surveillants, par rapport au secret professionnel, et la CPU ont bien compris que je ne pouvais rien dire. Il a fallu un peu de temps mais maintenant c'est bien ancré dans la pratique. De temps en temps on a quand même quelques situations particulières qui mettent à mal les deux logiques différentes et où on a besoin de se repositionner au niveau professionnel et médical mais finalement par le dialogue on arrive à solutionner les situations particulières.

**Patrick LEPOUZE, Directeur des services pénitentiaires, chargé de mission à la direction interrégionale des services pénitentiaires Centre-Est :** un mot sur la CPU dont a parlé Me. CERDAN, en aucun cas les informations échangées ne peuvent porter sur des informations couvertes par le secret médical, et les informations échangées en CPU sont strictement confidentielles, les participants sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle. Donc vous voyez, tout est fait vraiment, dans l'intérêt de la personne qui nous est confiée.

**Monsieur Pascal AVEZOU, Responsable du département Organisation de l'offre de soins de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie, en matière d'organisation de l'offre de soins et de l'autonomie et de gestion des autorisations dans les domaines sanitaire, médico-social et ambulatoire à l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté :** Effectivement la question du secret professionnel est une question qui a été évoquée à plusieurs reprises lors des discussions qui ont eu lieu entre l'administration pénitentiaire et les établissements de santé puisque l'on a l'obligation d'élaborer un protocole de prise en charge de la santé des détenus qui est un document très formel mais qui permet de couvrir l'ensemble des questions de prise en charge de santé sur l'établissement pénitentiaire et les relations entre l'établissement psychiatrique et l'établissement somatique. Donc pour nous c'était très important effectivement, la question du secret médical c'est une question qui fait toujours couler beaucoup d'encre. Mais avec ce que vous avez dit, c'est pourtant tout à fait clair, c'est pour cela que j'ai parfois du mal à comprendre que dans certains établissements de la région on a encore des problèmes au niveau de l'approche du secret médical. Effectivement, la question primordiale c'est de tenir compte de la santé de la personne et du fait qu'il doit être protégé parfois contre lui-même donc c'est important qu'il y ait un travail là-dessus. Nous à l'ARS, serons toujours attentifs à ces aspects-là, même si nous sommes un peu loin du terrain, car il est de notre responsabilité de faire en sorte qu'il y ait une discussion la plus claire possible avec les établissements et pour nous le protocole de prise en charge de la santé des personnes détenues est un outil très important. C'est un document très important prévu pour trois ans, qui a donc vocation à évoluer, c'est un moment essentiel de discussion entre tous les acteurs : de la justice, de l'administration pénitentiaire et des établissements de santé.

**Madame Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** je voudrais rajouter quelque chose par rapport au secret médical et à nos attentes, car souvent c'est inconciliable, mais malgré tout il faut quand même essayer de trouver un « terrain d'entente ». Quand on accorde un aménagement de peine, l'un des points sur lesquels on va s'attarder une fois encore c'est l'investissement dans

les soins et l'évolution du point de vue des soins, et il est vrai qu'il faut arriver à trouver un juste milieu pour que l'on puisse avoir un minimum de réponses et d'éléments dans notre dossier concrètement. Tout cela, sans violer le secret de la thérapie et tout ce qui se déroule dans les entretiens entre le patient et le médecin. Mais il est vrai que c'est un des points sur lesquels on va s'attarder pour accorder un aménagement de peine donc il nous faut malgré tout quelques éléments et c'est souvent compliqué.

**Docteur Christine MEYER, Praticien Hospitalier du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse :** oui c'est très compliqué en fait chacun a ses objectifs, son champ de travail et sa logique différente. J'entends fort bien qu'effectivement en tant que JAP vous avez besoin d'éléments pour prendre vos décisions, j'entends bien aussi les remarques vis-à-vis de l'impossibilité pour l'expert de consulter le dossier médical, il devrait avoir tous les éléments nécessaires pour faire son expertise. Mais nous de notre côté cela nous paraît essentiel cette relation de confiance avec le patient, qui ne peut être basée que sur ce secret médical, du moins essentiellement. Ce qui gêne dans ce milieu fermé, c'est que l'on a l'impression que le détenu se sent un peu sous pression quand il voudrait obtenir de nous soit communication du dossier médical, soit des précisions, afin d'obtenir quelque chose de la justice ou de l'administration pénitentiaire et on ne le sent pas libre de son choix... Il y a un tel enjeu pour lui qu'on ne le sent pas libre, et je trouve cela très gênant.

**Madame Christine LOPEZ, Directrice fonctionnelle du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de Côte d'Or :** Je pense aussi qu'il faut arriver à différencier le « pourquoi » le détenu se sent mis en pression par une demande de décision. Je pense que pendant la période où la personne sait qu'elle va passer en Commission d'Application des Peines pour obtenir des remises de peine supplémentaires et qu'elles font une demande de certificat médical à l'USP il peut y avoir un risque ou une tentative d'instrumentalisation de la personne chargée des soins pour obtenir quelque chose. Après, quand c'est une personne qui prépare sa sortie et qui cherche à avoir un aménagement de peine, qu'elle est dans une démarche construite, c'est simplement parce qu'elle veut prouver à un moment donné à la justice sa bonne foi et le fait qu'elle a évolué. Là on n'est plus dans quelque chose qui est de l'ordre de l'instrumentalisation mais on est dans une personne qui sait qu'elle est placée sous main de justice, qui sait qu'elle ne sera pas forcément entendue que sur sa parole, qui sait qu'elle n'a pas forcément une capacité de verbalisation très importante pour décrire son parcours et le chemin parcouru depuis le départ et qui du coup sollicite. Mais il est vrai qu'il y a souvent un questionnement sur ce point de la part des usagers et nous au niveau des professionnels on sait bien que tout ce qui est de l'ordre de l'aménagement de peine, où il y a énormément de justificatifs à fournir, l'objectif du SPIP n'est pas d'être dans l'intrusion mais de savoir sur quoi se baser. Mais je pense que ce n'est pas du tout la même logique quand on est dans la demande par exemple de remise de peine supplémentaire ou par rapport au projet construit pour l'aménagement de la peine.

**Docteur Christine MEYER, Praticien Hospitalier du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse :** Vous dites que c'est le problème du risque d'instrumentalisation ?

**Madame Christine LOPEZ, Directrice fonctionnelle du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de Côte d'Or :** Oui bien sûr, mais vous savez il existe à tous les niveaux, en tant que SPIP, vous pouvez avoir une personne qui va vous tenir un discours totalement lisse, sur-adapté, il va vous dire tout ce que vous avez envie d'entendre. Le risque d'instrumentalisation il existe et, j'ai passé 14 ans en tant que conseillère pénitentiaire, je peux vous dire que tous à un moment donné nous nous sommes fait « rouler dans la farine ». Ce n'est pas si grave que cela et je pense que c'est arrivé à tous les professionnels, après il y a des personnes qui cherchent l'instrumentalisation et des personnes qui ont une volonté de discuter ouvertement et de faire connaître ce qu'ils ont pu faire et ce en quoi ils ont évolué.

**Maître Jean-Baptiste GAVIGNET, avocat au Barreau de Dijon :** je voudrais faire une observation générale car la médecine et le droit n'ont pas forcément les mêmes exigences et la même manière de fonctionner. La médecine, et a fortiori la psychiatrie, n'est pas une science exacte, évidemment je pense souvent à ces aménagements de peine compliqués de personnes que l'on a pu assister aux assises pour des faits de viol sur mineur par exemple. Il y a très peu de récidive en la matière, c'est l'un des taux de récidive les plus bas que l'on ait, il suffit de regarder sur InfoStats en la matière, c'est limpide. Mais dès qu'il y a des faits de récidive en la matière, c'est le scandale du moment, la presse et les « bonnes gens », je le dis ici sans mépris, réagissent en disant que la justice a mis un pédophile dehors. Ce qui fait que l'on voit des juges essayer de demander à des

médecins ce qu'ils ne peuvent pas donner. Je me rappelle d'un dossier de demande d'aménagement, risque de récidive : faible. Faible ? Et bien refus, puisque le risque existe toujours. Six mois plus tard, risque de récidive : quasi-nul. Et bien quasi-nul ce n'est pas nul donc refus. Six mois plus tard, risque de récidive : nul, j'ai demandé à mon client ce qu'il s'était passé en six mois, et bien en six mois, l'expert en avait eu marre. Donc la justice doit aussi accepter au-delà de la communication publique de ce qu'il se dit dans la presse que la réinsertion c'est parfois, même a minima, une prise de risque, en tout cas c'est une opinion personnelle.

**Madame Marie-Christine TARRARE, Procureure de la République près le Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Vous dites que la justice doit prendre ses responsabilités, mais la justice prend ses responsabilités, ce sont à nos concitoyens d'entendre cela. Car les JAP au quotidien prennent des risques en accordant des aménagements de peine, en allant contre certaines conclusions. Mais comme vous le dites, s'il y a une difficulté, qui va-t-on pointer du doigt, c'est sur nous que cela retombe quand il y a récidive, sur le JAP qui a permis la sortie d'un dangereux détenu qui en a profité pour assassiner une brave jeune femme. Je suis tout à fait d'accord avec vous, il ne faut pas que l'on se laisse scléroser par les conclusions d'un expert, nous sommes des magistrats, nous avons une déontologie et des pouvoirs qui nous sont donnés de la loi. Mais il faudrait aussi que le regard de nos concitoyens sur ces prises de risque changent et surtout que la presse cesse de mettre en avant cela. Oui il y a des ratés, mais comme partout, on le disait tout à l'heure ce sont des êtres humains, on n'est pas programmés pour deviner tel ou tel passage à l'acte. Cela serait un autre débat.

**Madame Isabelle BORDENAVE, Première Vice-Présidente du Tribunal de Grande Instance de Dijon :** Nous allons donc clôturer cette première table ronde, merci aux intervenants. J'ai retenu une phrase « le détenu malade est un malade comme les autres » et je pense que cette question pourra être débattue utilement lors de la seconde table ronde.



## 2<sup>ème</sup> table ronde : LE PATIENT DETENU : SPECIFICITE DES SITUATIONS SOCIO-MEDICALES ET LEUR PRISE EN CHARGE

### ➤ *Historique des soins en prison et troubles générés par le milieu carcéral :*

**- Olivier ROLIN, Interne au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Bonjour à tous, je suis Olivier ROLLIN, interne en psychiatrie et je suis depuis un an au SMPR de la maison d'arrêt de Dijon et c'est dans ce contexte que j'ai été sollicité. Comme je sais qu'il y a des magistrats, des juristes, des avocats dans la salle, je leur demande d'être indulgents par rapport aux éventuelles approximations que je pourrais commettre. Ensuite pour clarifier une chose, en dépit du politiquement correct, pour mes confrères psychiatres, j'utiliserai les termes de « fou », « insensé », « aliéné » en tant que synonyme de malade mental puisque ce sont ces termes qui étaient utilisés à l'époque.

#### ➔ Considérations générales :

Pourquoi faire un travail sur le lien psychiatrie/prison ? Et bien essentiellement parce que leur histoire est intimement liée. Dans un article publié en 2004, Renneville parle d'un couple fait de «défiances, d'alliances et de convergences». En effet le milieu psychiatrique et le milieu carcéral se rapprochent par un certain nombre de points communs : une naissance commune à l'époque de la Révolution ; il s'agit de deux lieux de privation de liberté, sans pour autant qu'ils en aient le monopole ; l'un de leur but est commun c'est de prévenir la « récidive », rechute de la maladie mentale en psychiatrie et infraction pour le milieu carcéral. Mais néanmoins en dépit de ces points communs ils ont des objectifs divergents : la prison a pour but de punir-sanctionner tandis que l'hôpital a plutôt pour but de soigner-guérir. Ces deux milieux connaissent une évolution parallèle et entremêlée car effectivement, on le constate beaucoup à notre époque, il demeure des fous en prison, tout comme il demeure des auteurs d'infraction à l'hôpital.

#### ➔ L'Ancien Régime

A cette époque la privation de liberté n'est pas envisagée comme une peine, c'est un moyen préventif en l'attente d'un procès, ce procès débouchant principalement sur une peine consistant en un châtiment corporel ou une peine d'humiliation publique. A quelques exceptions près néanmoins par exemple les prisons d'Etat « légendaires » : la Bastille, le Château d'If dans lesquels on était admis sur Edit Royal, sans nécessairement passer par un procès, cela concernait essentiellement des détenus nobles ou politiques. Egalement dans les archives, on retrouve notion des « geôles » concernant des sanctions restreintes à l'échelle régionale et ne pouvant être généralisées à l'échelon national.

La fin XVIII<sup>ème</sup> siècle connaît un fort exode rural et les grandes métropoles vont connaître une mendicité importante décrite, par des auteurs un peu partiaux, comme de plus en plus agressive dans les cités. La volonté de l'époque est donc de réduire l'oisiveté. La population ciblée : les mendiants, les vagabonds valides qui peuvent travailler mais ne le font pas, mais aussi filles de joie et d'autres populations marginalisées. Se créer alors, sous l'impulsion de la Compagnie du Saint Sacrement, l'Hôpital Général en 1656. Contrairement à ce que son nom indique, l'Hôpital Général n'a rien d'un hôpital, étant donné que les endroits où sont dispensés les soins sont appelés des Hôtels Dieu. C'est un authentique lieu d'enfermement destiné aux oisifs valides. Des rafles sont organisées par les forces de l'ordre pour capturer cette population oisive mais valide afin de les remettre de force au travail. Sauf qu'il se trouve que parmi eux, beaucoup de personnes sont considérées comme insensées, c'est-à-dire souffrant d'une pathologie mentale, donc en théorie non concernés par l'Hôpital Général puisque considérés comme invalides. Cet essai d'Hôpital Général se confrontera donc à un échec du fait d'une importante embolisation, en effet, toutes les populations de mendiants valides regagnent assez facilement la liberté et le lieu sera occupé majoritairement par les insensés et les mendiants invalides dont on ne sait pas quoi faire. L'expérience est donc un échec mais va déboucher sur deux autres instances.

D'une part, les maisons de force, où l'admission se faisait sur demande circonstanciée de la famille et sur une lettre de cachet qui garantissait les bonnes motivations d'une admission. Et d'autre part, les dépôts de

mendicité destinés aux vagabonds et oisifs à nouveau comme l'Hôpital Général. Ces deux instances se solderont à nouveau par un échec.

### → La Révolution

Au cours de celle-ci, a lieu un changement idéologique et philosophique majeur. Les Révolutionnaires partent d'un parti-pris : tout est curable, à la fois le crime comme la folie. Il s'effectue alors un rapprochement totalement inédit, que l'on retrouvera par la suite, c'est-à-dire que le crime est considéré comme une forme déviante de folie. Or, si la folie peut se guérir, et que le crime est une forme de folie, alors à ce moment-là le crime peut se guérir. Le Code Pénal de 1791 constitue une avance majeure vers la fin des châtiments corporels qui avaient lieu jusqu'à lors. On assiste à une hiérarchisation des peines privatives de liberté (fers, réclusion...), la privation de liberté est d'ailleurs considérée désormais comme une peine à part entière. Des bagnes sont créés dans ce but, puis des Maisons Centrales. CABANIS qui était médecin ainsi que philosophe en suivant le raisonnement selon lequel le crime peut être guéri considère de ce fait les prisons comme des « infirmeries du crime ». Il est important de citer une circulaire de 1807 qui établissait la nécessité d'établir une infirmerie dans chaque lieu de détention, c'est déjà un début de l'entrée du soin dans la prison.

### → Pinel : le «père fondateur»

PINEL était un des premiers médecins à s'être intéressé à la folie et connu notamment par mes collègues comme celui qui aurait libéré les malades de l'Hôpital Bicêtre de leurs chaînes. Pour la psychiatrie il s'agit d'un acte quasiment « mythologique », dans le sens où on en termine avec cette image du fou dangereux du Moyen Age. Le fou redevient un Homme, en souffrance, malade, que nous avons le devoir de soigner et d'étudier pour comprendre exactement quelle est la nature de sa folie. Par cet acte, il fonde quelque part une psychiatrie moderne, qui demeure par certains points, toujours d'actualité.

PINEL instaure ce qu'il appelle le traitement moral. Il faut rappeler que le tout premier neuroleptique date de 1952, à l'époque de PINEL on en est donc bien loin et les traitements sont basés sur la théorie des humeurs, héritage de l'Antiquité grecque qui consistaient en l'administration de saignées, laxatifs, vomitifs afin d'expulser les mauvaises humeurs que l'on considérait comme responsables de la folie. PINEL décide de mettre un terme à tout cela en essayant de fonder une thérapeutique moderne et pour cela il crée le traitement moral. Ce traitement est basé sur la relation thérapeutique, où on doit interagir avec le patient avec douceur, avec compassion, lui redonner espoir dans la guérison, mais également user de pédagogisme voire parfois d'autorité si nécessaire. Il réfute la vision du crime dérivant de la folie, pour Pinel il existe une dichotomie très claire : « le fou n'est pas un criminel, le criminel n'est pas un fou », on ne peut pas comparer les deux. De cette philosophie naît ce que les juristes doivent connaître, le Code Pénal de 1810 dit Code Napoléonien.

### → L'article 64 du Code Pénal de 1810

Je ne vais pas tant le développer car je pense que Mme CUENIN reviendra dessus en fin d'après-midi. Il est néanmoins important de le souligner car c'est la toute première apparition de l'irresponsabilité pénale du malade mental dans le code pénal. Cet article va rester valable jusqu'au code pénal suivant, c'est-à-dire celui de 1994, donc on peut dire qu'il aura fait date pendant une longue période. C'est article dispose que « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Il faut saisir le terme de « démence » comme synonyme de maladie mentale à l'époque ce qui n'est plus valable aujourd'hui. Il est intéressant d'observer que les faits commis par une personne atteinte de démence au moment de l'action ne sont plus considérés comme des délits ou des crimes ; il est aussi intéressant de constater que le temps de la démence doit être délimité et concerner le temps de la commission de l'infraction.

Il s'agit donc à l'époque d'un dogme juridique : c'est une question de tout ou rien, soit on est fou auquel cas on relève des soins et donc de l'hôpital, soit on est criminel auquel cas on relève de la sanction donc de la prison. A ce moment-là, le rôle du psychiatre en milieu carcéral est assez simple, il va être mandaté par le juge pour rencontrer le prévenu, l'estimer, trancher et évaluer si oui la personne est folle ou non la personne est criminelle en application de l'art 64. C'est quelque part le début de l'expertise.

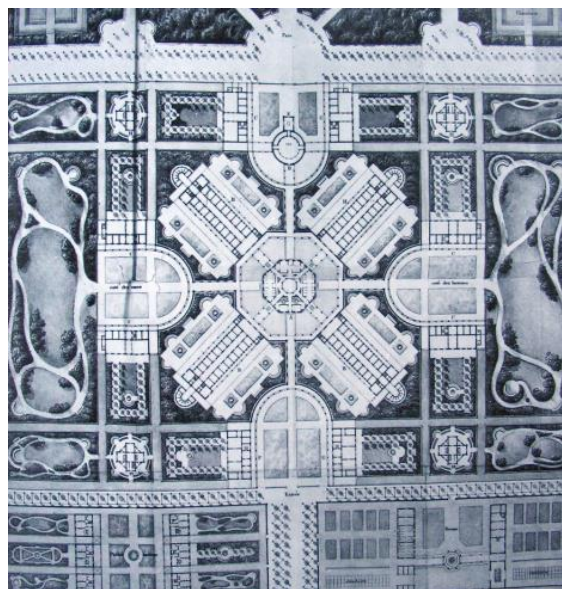
→ Oui mais...

La nature des « crimes » commis par les insensés dépasse souvent l'entendement. Que ce soit dans le degré d'horreur des crimes en question, dans la disproportion par rapport au motif initial avancé, avec par exemple des cas d'infanticides, d'anthropophagie etc. La population peut en général se montrer choquée face à un ressenti d'échappement à la justice des commettants, une incompréhension, et finalement cette population va être en demande de punition. ESQUIROL, qui était un élève de Pinel, développe dans cette période le concept de la monomanie. C'est un concept qui n'est plus vraiment d'actualité sur le plan psychiatrique mais qui a longtemps fait date, il s'agit de manière sommaire d'un délire centré sur un unique objet. Et parmi les monomanies il y a les érotomanies, il y en a un certain nombre, mais la plus connue est la monomanie homicide il s'agit en l'occurrence d'un fou dont la seule obsession est le crime. Cela réactive donc quelque part la notion de crime comme « branche » de la folie La barrière entre le fou et le criminel se fait de plus en plus poreuse, perméable, la dichotomie de l'article 64 est un petit peu questionnée.

L'autre question qui se pose c'est après l'application de l'article 64, où mettre les fous ? La personne incarcérée dont on a considéré qu'elle n'était pas responsable de ses actes a prouvé sa dangerosité, mais ne relève plus de la prison, cependant on ne peut la remettre en liberté. C'est ainsi qu'est votée la loi de 1838, loi capitale sur le plan psychiatrique, étant donné qu'elle prône la naissance de l'institution asilaire. Il faut voir que l'asile on en a dit beaucoup de choses et on en a une connotation extrêmement négative, mais au moment de sa conception, les asiles, ne serait-ce qu'architecturalement, étaient conçus à la fois par des psychiatres et des architectes. L'institution asilaire devait servir de thérapie en tant que telle. C'était un lieu où s'exerçait le traitement moral. Les asiles étaient construits généralement hors des villes, isolés des stimulations, aérés, occupés de jardins. Certes des lieux murés du fait de la dangerosité des publics accueillis mais cependant, avec des murs masqués par la verdure.

On pouvait y être admis de différentes façons. D'une part en placement volontaire (SPDT), l'ancêtre de ce qu'on l'on appelle aujourd'hui les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, admission qui fait donc suite à une demande d'un proche. D'autre part on pouvait y être admis suite à un placement ordonné par l'autorité publique (SPDRE) ce qui est l'ancêtre des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, lorsqu'un trouble à l'ordre public était constaté, le représentant de l'Etat effectuait la démarche de placement. Ce que l'on sait moins, c'est que la loi prévoyait également que l'on puisse être admis librement, sur sa propre demande, ce qui a été néanmoins assez peu utilisé.

Projet pour l'asile de MONTFAVET : avec un rond-point central où se concentrent les soignants qui permet un contrôle des quatre grandes ailes.



A titre de comparaison voici une vue aérienne de la Maison d'Arrêt de Dijon avec toujours un rond-point central où le personnel se situe, de manière à avoir une vision directe sur les quatre ailes.



### → L'apport de Baillarger

C'est un médecin psychiatre, aliéniste, un des fondateurs de l'éminente société médico-psychologique et élève d'Esquirol. Il a publié une « Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers » dans les annales médico-psychologiques. Dans cette longue note il développe six causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers, on ne va pas toutes les étudier mais deux nous intéressent plus particulièrement. Il s'agit d'une part, de la quatrième, qui évoque le prévenu étant soumis avant et après son jugement à des causes qui pourraient être propres à entraîner son aliénation. Et d'autre part, la dernière des causes évoquées : le fait que le régime disciplinaire peut devenir en soit une cause de folie. Ce qui est réellement intéressant avec cela c'est que BAILLARGER met en exergue le fait que le milieu carcéral en tant que tel est à même de créer des troubles psychiatriques. L'autre intérêt de cet article réside dans la démonstration de BAILLARGER qu'en dépit de l'article 64, il demeure des fous parmi les détenus. Ce qui change considérablement le donne et doit amener le psychiatre à changer sa pratique, il ne pourra plus se contenter d'une pratique d'expert en application de l'article 64.

### → La 3<sup>e</sup> République

Sous cette République, un bilan est fait des efforts postrévolutionnaires, et c'est le constat d'un double échec. D'une part, sur le plan psychiatrique, le traitement moral s'avère peu efficace et les asiles sont surpeuplés. Et d'autre part, sur le plan pénitentiaire, la peine se révèle également peu efficace et les prisons se retrouvent elles aussi surpeuplées. La frontière se fait de plus en plus perméable entre malade et criminel et de plus en plus souvent on ne sait à qui on a affaire.

Lors de la III<sup>ème</sup> République s'engage donc un assouplissement des mesures carcérales, avec notamment la création des circonstances atténuantes, la libération conditionnelle, l'enfermement individuel à la demande dont toutes les prisons sont censées être équipées, et le sursis. Sur le plan psychiatrique aussi des changements vont être opérés dans la lignée de BAILLARGER. Le psychiatre ne peut plus être qu'expert, pour qu'il puisse remplir effectivement son rôle thérapeutique au sein des établissements pénitentiaires. Vont être créés des quartiers expérimentaux « hybrides » pénitenciaro-psychiatriques. On peut citer notamment la création à cette époque du quartier de Gaillon appelé « quartier des condamnés aliénés et épileptiques », l'ancêtre quelque part des UMD (Unités pour Malades Difficiles).

## → Le début XX<sup>ème</sup> siècle

Au début de ce siècle, une circulaire est publiée en 1905 : la circulaire CHAUMIE. Elle utilise la création des circonstances atténuantes ainsi que les nombreuses conclusions d'experts avançant qu'en dépit d'une aliénation mentale certaine constatée chez les prévenus, certains demeurent responsables, ce qui contredit l'article 64 et la dichotomie prônée jusque-là. La circulaire table donc sur le fait que la maladie psychique peut être déclarée circonstance atténuante. On peut considérer là, quelque part, la première ébauche de l'altération de la responsabilité que l'on connaît actuellement. Le psychiatre, via cette circulaire, est instauré comme thérapeute et non comme simple expert au sein des prisons, il voit son rôle thérapeutique légitimé. Ce qui va par ailleurs donner lieu à un certain nombre de dissensions avec l'Administration Pénitentiaire qui ne voit pas nécessairement d'un très bon œil l'intrusion et le droit de regard du psychiatre dans ce milieu clos par excellence. De plus le psychiatre en prison est également accusé de fabriquer le fou et de générer le simulateur, le raisonnement étant que le trouble ne serait pas là si le psychiatre n'était pas là pour le constater. Sur l'inspiration de différents mouvements qui se font à l'étranger, notamment le mouvement de défense sociale et des laboratoires d'anthropologie criminelle en Belgique et en Allemagne pour la réhabilitation du détenu, la France s'inspire de ses voisins et crée les CRO (Centre Régionaux d'Orientation) en vue de l'observation de certains détenus afin de les orienter sur le lieu de détention le plus approprié à leur état.

## → La période d'après-Guerre

La seconde Guerre Mondiale va éclater, et avec elle, va s'opérer un certain nombre de changements. En dépit des aspects négatifs indubitables du régime de Vichy, un certain nombre d'éléments positifs sont développés. Effectivement à cette époque, la main d'œuvre vient sévèrement à manquer du fait du Travail Obligatoire, et dans le même temps on assiste à une surcharge carcérale. Il est donc nécessaire de prendre des mesures par rapport à ces phénomènes. On assiste dès lors à la création des Travaux d'Intérêts Généraux (TIG) ainsi qu'à la systématisation de la libération conditionnelle, afin de prendre les travailleurs là où ils sont, en prison, et de les mettre dans la société afin que les tâches soient accomplies.

Après la Guerre il est estimé que tout ce qui avait été mis en place sous le Régime de Vichy était nul et non-avenue, il se trouve qu'un certain nombre de responsables politiques ont été déportés, et ceux qui ont la chance d'en revenir ont désormais une connaissance intime du milieu carcéral, et du milieu carcéral poussé à son extrême, le milieu concentrationnaire. Ils ont donc une conscience aigüe de la nécessité de mettre en place des soins psychiatriques en milieu carcéral. D'autre part, pendant la guerre, un certain nombre de patients hospitalisés en asile et estimés non ré-insérables sont paradoxalement jugés tout à fait aptes à être envoyés au front, ce qui peut poser un questionnement sur leur réelle inaptitude à la vie communautaire.

Directement après la Guerre, Paul AMOR est nommé à la tête de l'administration pénitentiaire et dès 1945 il va enclencher une réforme majeure, la réforme AMOR, ayant pour but notamment, l'amendement et le reclassement social du prisonnier. Pour y parvenir, il va créer un certain nombre d'annexes psychiatriques ou « psychiatrico-sociales » au sein des établissements. 24 étaient prévues initialement, 14 verront effectivement le jour. La professionnalisation du personnel soignant se développe dans le même temps, c'est-à-dire que seuls peuvent exercer des infirmiers diplômés d'Etat ou des médecins. Le droit des patients est instauré avec notamment le respect du secret. Dans cette lignée le Code de Procédure Pénale (CPP) de 1958 crée les articles D395 à D398 qui sont toujours en vigueur aujourd'hui. Ces articles concernent l'organisation de consultations en matière d'hygiène mentale ; le fait de proposer l'accès à une cure de désintoxication alcoolique avant la fin de l'incarcération ; l'organisation de services psychiatriques dans certains établissements pénitentiaires ; la possibilité d'interner hors de la prison mais dans un milieu spécialisé si l'état clinique du patient le nécessite. Le D398 nous en faisons beaucoup usage au SMPR quand il s'agit de transférer en hôpital psychiatrique ou en UHSA.

## → La fin du XX<sup>ème</sup> siècle

La 2<sup>ème</sup> moitié du XX<sup>ème</sup> siècle voit foisonner les initiatives individuelles, locales, hors de tout contexte réglementaire prévu, ce sont surtout des initiatives de médecins ou du personnel soignant qui décident de faire bouger les choses en milieu carcéral. Le tout 1<sup>er</sup> CMPR (Centre Médico-Psychologique Régional) est fondé par P. HIVERT en 1960, c'est une initiative qu'il essaye de mettre en œuvre alors que le personnel soignant en milieu carcéral est toujours sous la tutelle du Ministère de la Justice. Puis le 1<sup>er</sup> secteur de psychiatrie selon les

secteurs habituellement mis en place en milieu psychiatrique est créé en 1973 par MEROT. 1977 constitue une petite révolution : on assiste au rattachement des quelques CMPR existants au Ministère de la Santé, sortie de la tutelle de la Justice afin d'éviter un biais, ou des pressions qui pourraient être exercées sur les médecins en milieu pénitentiaire, notamment les accusations pesant sur le médecins d'entraîner certaines agitations chez les détenus. Les CMPR gagnent de ce fait beaucoup d'indépendance.

Néanmoins une fois encore, certaines dissensions éclatent, mais cette fois-ci entre psychiatres et psychiatres. En effet, certains psychiatres libéraux ne voient pas d'un très bon œil cette intrusion de la psychiatrie en milieu carcéral. Sur le plan théorique, l'idée est que le psychiatre qui a déjà mis si longtemps, et avec tant de difficultés, à s'extraire de l'asile, pourquoi irait-il de lui-même s'enterrer dans plus un milieu plus fermé encore ? Sur un plan plus pragmatique, la crainte des psychiatres était qu'aux vues des immenses besoins en santé mentale en milieu carcéral, tous les crédits lui soient alloués.

L'été 1974 connaît un certain nombre d'émeutes dans plus de 120 établissements pénitentiaires. Il s'agit en effet du constat fait par les détenus du décalage de plus en plus grand entre la vie qu'ils mènent au sein des établissements pénitentiaires et plus généralement au sein des lieux de privation de liberté et la société post-soixante-huitarde qui a acquis beaucoup de liberté sachant que le milieu carcéral connaît un immobilisme plutôt constant depuis une cinquantaine d'années. Ces émeutes débouchent sur un assouplissement des conditions de détention.



### → La naissance des SMPR

En 1985, les CMPR deviennent des Services Médico-Psychologiques Régionaux et 1986 voit la création officielle du 3<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie, après la psychiatrie de l'adulte et la psychiatrie infanto-juvénile, la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Un peu plus tard, en 1992, le rapport CHODORGE, mandaté par Bernard Kouchner est publié, rapport dont la mission était d'étudier les soins dispensés en milieu carcéral, soins autant psychiatriques que somatiques par ailleurs. Ce rapport effectue un constat assez accablant le manque de

moyens par rapport aux problèmes sanitaires est conséquent, notamment des problèmes sanitaires majeurs tels que le VIH, la tuberculose, des hépatites... Mais ce rapport met en valeur le travail novateur des SMPR et les différentes initiatives effectuées sur les différents sites. La conclusion de ce rapport est d'aller vers une démocratisation des expériences positives constatées, d'ouvrir le milieu carcéral au citoyen pour l'impliquer dans ce qu'il s'y passe. Ce qui va entraîner une généralisation des expériences les plus positives sur tout le territoire, et un authentique maillage hospitalier va être réalisé. Ce rapport conclue donc que tout établissement pénitentiaire devra avoir un lien avec un hôpital de rattachement pour organiser les soins, qu'il s'agisse de soins somatiques ou de soins psychiatriques. Et en 2002 sont créés les UHSA, mais le Dr MEYER vous en parlera par la suite.

#### → L'article 122-1 du Code Pénal de 1994

Il réactualise l'article 64 que nous avons précédemment abordé, et le modifie sensiblement. Là où précédemment il n'y avait ni crime ni délit, il y aura désormais irresponsabilité pénale. Le crime reste le crime et le délit reste le délit, quand bien même la personne serait souffrante d'une pathologie mentale ayant aboli son discernement. Par ailleurs cet article nous indique que la personne ne sera pas pénalement responsable donc elle reste néanmoins civilement responsable.

L'autre grande innovation réside dans l'alinéa 2 : «La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.». L'altération du discernement est donc entérinée, discutée déjà depuis 1905.

#### → La situation actuelle

Je vais vous donner un petit aperçu des pathologies mentales rencontrées en milieu carcéral. Ce sont des statistiques qui proviennent de la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire, datant de 2004, malheureusement on n'a pas d'études plus récentes, même si cela a été demandé par un certain nombre d'organismes.

Les statistiques à gauche représentent les personnes incarcérées touchées par les troubles à un moment donné. PG (Population Générale), représente le risque de développer un de ces troubles à l'échelle d'une vie.

- Synthèse des résultats :
  - 8 hommes et 7 femmes sur 10 concernés
  - Troubles anxieux : H 56%, F 54% (PG : 21%)
  - Troubles thymiques : H 47%, F 51% (PG : 20%)
  - Trouble psychotique : H=F 25% (PG : 1%)
  - Risque suicidaire : H 40%, F 62%
  - Personnalité antisociale : H 28%, F 15%
  - Dépendance à une substance : H=F 30%

On peut évidemment conclure à une surreprésentation des troubles mentaux en prison par rapport à la population générale, quelle qu'en soit la cause, et qu'elle soit antérieure à l'incarcération ou qu'elle soit apparue pendant celle-ci.

#### → Les troubles générés par le milieu carcéral

La population incarcérée est généralement issue d'une population vulnérable. La majorité, pas l'intégralité, est issue de catégories socio-professionnelles moyennes, voire basses. La consommation de toxiques, on l'a vu, est souvent importante. C'est une population qui est souvent dotée d'une fragilité sous-jacente, voire de troubles de la personnalité prédisposant facilement à l'apparition de pathologies mentales avérées. D'autant plus que cette population se retrouve exposée à un « microcosme social » où les règles notamment entre les individus sont totalement différentes, c'est un milieu où la promiscuité est importante et donc que les tensions qui en résultent sont permanentes.

Parmi les grandes entités, décrites par la littérature, des troubles qui sont générées par l'incarcération on retrouve le choc carcéral. Il concerne principalement des patients primo incarcérés qui sont en rupture avec le milieu antérieur et donc en perte de repère. Le choc carcéral se développe donc en tout début d'incarcération, et est le fruit de la prise de conscience de la séparation avec le milieu ordinaire. Il n'est pas forcément évidemment d'en trouver une définition cependant je vous propose celle-ci : «L'effet que produit sur la conscience le brutal décalage entre l'existence du dehors et celle du dedans». Dans cet état, les premiers jours voire les premiers mois suivants l'incarcération, le potentiel de suicide est majeur et on estime que 34% des suicides en maisons d'arrêt ou en centre de détention ont lieu dans les 3 premiers mois d'incarcération. Le choc carcéral s'apparente à un « trouble de l'adaptation », c'est-à-dire que l'anxiété et l'insomnie vont être très présentes et vont souvent persister tout au long de l'incarcération, ce sont de très loin les motifs premiers de consultation au SMPR.

L'autre grande entité dont on retrouve trace dans la littérature, c'est la psychose carcérale. Là aussi il s'agit d'une définition plutôt difficile, les auteurs ont tenté d'apporter une définition, j'en ai retenu une : «la psychose carcérale est un mode de réaction de l'individu face à la situation anormale par essence qu'est la détention». Elle concerne également des patients primo incarcérés, mais ce n'est pas systématique. Pour que la psychose carcérale soit caractérisée il faut que les détenus soient vierges de tout antécédent psychiatrique, il faut que ce soit la première manifestation de troubles psychiatriques chez la personne. Elle concerne souvent des patients fragiles, voire particulièrement des personnes souffrant de troubles de la personnalité de type « antisocial », ce sont souvent des sujets jeunes qui se manifestent dans un premier temps par un effondrement thymique, c'est-à-dire un effondrement de l'humeur, et qui se complique par des hallucinations auditives ou visuelles avec des thématiques de persécution ou de revendication. Ce que l'on voit très fréquemment ce sont des patients qui ont l'impression que les murs de leur cellule se rapprochent de lui la nuit, d'être en permanence observés, soit par l'œilleton, soit par une « présence » qui se trouve dans sa cellule, soit un patient qui a l'impression que l'on crie son prénom par les fenêtres, cela peut même aller jusqu'à des manifestations visuelles de détenus qui disent voir des animaux etc. Tout ceci est très rapidement résolu pour peu que le détenu soit retiré de cet endroit et mis dans un endroit plus propice qu'il s'agisse d'une unité d'hospitalisation spécialement aménagée ou qu'il retourne en liberté. D'un point de vue plutôt psychiatrique, la psychose carcérale s'apparente au « trouble psychotique bref » dans le DSM.

#### → Conclusion

La psychiatrie moderne et la justice en général, et la peine privative de liberté en particulier ont connu et connaissent toujours une histoire très riche, complexe mais indissociable, comme j'ai tenté de le montrer durant cet exposé et comme la tenue de cette journée le démontre particulièrement bien.

Les troubles psychiatriques en prison, et notamment ceux générés par celle-ci, ainsi que les derniers rapports publiés, ceux du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ainsi que Human Rights Watch, soulèvent un certain nombre de questions sur le sens de la peine, et prouvent que ces milieux et leurs rapports sont voués à évoluer, notamment pour une meilleure compréhension et une meilleure prise en charge tant psychiatrique que carcérale de ces troubles.

#### ➤ **Présentation du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) :**

**- Christine MEYER, Praticien Hospitalier du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse**

Chef de service du SMPR depuis 2004 je vous présenterai le fonctionnement du service sur le plan clinique concret et quotidien.

On ne parle plus de SMPR depuis 2013 mais d'Unité Sanitaire, les UCSA pour les soins somatiques et les SMPR deviennent des USS et USP, l'idée étant d'unifier la prise en charge avec une seule unité sanitaire, un seul dossier pour les patients. A Dijon c'était déjà le cas, tout du moins en ce qui concerne les prescriptions pharmaceutiques. On parle d'unité sanitaire de niveau 1 si c'est une prise en charge ambulatoire, de niveau 2 si c'est une prise en charge d'hôpital de jour, de niveau 3 pour les cas d'hospitalisation complète. Enfin à Dijon, nous travaillons en lien avec le CSPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie).



Effectif de l'USP en Equivalent Temps Plein (ETP) :

Médecin psychiatre : 2,3

Cadre de santé : 1

Infirmier(e) : 6

Psychologue : 1,1

Ergothérapeute : 0,1

Assistant Socio-Educatif : 0,4

Assistante Médico-Administrative : 1

Pour l'ambulatoire et l'hôpital de jour c'est un travail en équipe, avec une équipe qui partage la même culture soignante, la même éthique, les mêmes objectifs, dans un milieu par contre, très différent du nôtre. L'intérêt du travail en équipe c'est aussi de pouvoir réfléchir à des situations complexes, faire part d'un entretien tendu, angoissant, ou partager une histoire qui peut être lourde. La prise en charge en hôpital de jour est possible pour les détenus de la maison d'arrêt de Dijon, mais aussi ceux des autres établissements pénitentiaires de la région Bourgogne-Franche-Comté qui ne disposent pas d'une telle structure, sur accord des médecins des deux établissements il est demandé le transfert du détenu sur Dijon, temps des soins. On parle d'hospitalisation de jour car le centre est ouvert la journée sur Dijon de 8 à 18 heures en semaine et de 8 à 12 heures les week-end et jours fériés. Nous disposons de cellules en unités pour l'accueil de ces patients, les locaux de soins sont au rez-de-chaussée, et des cellules d'hébergement à l'étage.



La prise en charge est plus soutenue qu'en ambulatoire, avec distribution des médicaments matin-midi et soir en semaine, directement dans les cellules, matin-midi les week-ends, et les patients sont vus plus facilement et plus souvent vu qu'ils sont juste au-dessus de nous.

La salle de soin



La salle de surveillance, avec sa vitre qui donne directement vue sur la salle de soin



La salle d'ergothérapie



## La salle de lecture



Nous disposons de 15 cellules, 14 à deux lits, et une à 4 lits. Voici une cellule à deux lits.



Cela fait donc 32 lits au total alors que nous sommes qu'habilités à 20 places, c'est d'ailleurs ce que recommande le guide méthodologique sur le plan national. 32 lits cela permet donc de décider s'il vaut mieux placer un patient avec un autre, un patient anxieux, fragile, dépressif, qui risque de s'automutiler, de se suicider ; ou au contraire de le maintenir seul en cellule, un patient trop perturbé par sa pathologie, pouvant perturber l'autre, risquant d'être agressif. Ces décisions se font sur avis médical et sont discutées en équipe. On se rend compte que l'on a plus de décisions d'encellulement individuel qu'avant, parce qu'on a plus de patients psychotiques, par exemple sur 19 patients, 12 sont placés seuls. Parmi eux 10 présentent une psychose, dont 7 une schizophrénie.

### → Les principes de fonctionnements :

Tous les soins se font après consentement du patient, il n'y a pas d'obligation de soin en prison, la personne détenue garde les mêmes droits que tout patient. L'admission en hôpital de jour se fait donc en accord avec le patient, sauf s'il y a danger pour lui-même ou pour autrui de le laisser sans soins dans ce cas on devra lancer une procédure de soins sans consentement Sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE). De même, le respect du secret médical est un impératif pour mettre en place une relation de confiance, et il est rappelé constamment au patient qui peut se montrer très suspicieux au vue du contexte de méfiance qui règne.

L'admission se fait sur indication médicale, suite à consultation avec un psychiatre de l'USP et ne concerne pas les femmes puisque la mixité est impossible, comme c'est le cas dans la plupart des SMPR. Si besoin, on peut demander leur admission sur Fleury-Mérogis, mais l'éloignement, surtout si elles ont des familles, amène ces

femmes à refuser les propositions. On développe alors des activités thérapeutiques au sein du quartier Femmes. L'admission des mineurs est possible mais ils ne doivent pas rencontrer les détenus majeurs sauf pour les activités thérapeutiques encadrées par un soignant.

Enfin les principes de la pénitenciers s'appliquent dans l'unité : les promenades, les parloirs, les cantines etc. Et en pratique, on fait signer aux patients ce que l'on appelle les « règles de vie » où on rappelle la présentation du service, les droits du patient, ses obligations, on définit un contrat de soins, et on leur demande de désigner également la personne à prévenir et la personne de confiance, exactement comme à l'hôpital.

→ L'hospitalisation complète :

L'ouverture des UHSA où maintenant tous les détenus nécessitant une prise en charge psychiatrique peuvent être adressés a apporté de meilleures conditions d'hospitalisation et de possibilités d'hospitalisation libre notamment. La surveillance est assurée par la pénitencier et non par les soignants comme dans les CHS, les durées d'hospitalisation sont plus longues, les patients reviennent mieux stabilisés, on a moins d'allers-retours hospitalisation-incarcération. A Dijon nous dépendons de l'UHSA de Lyon au Vinatier, la première ouverte en 2010 qui dispose de 60 lits pour les détenus des régions Rhône-Alpes, Auvergne et Bourgogne-Franche-Comté, c'est-à-dire que l'on n'a pas forcément de lit disponible dans l'immédiat. Donc l'UHSA nous demande de remplir un avis médico-administratif où l'on va devoir notifier s'il y a urgence à la prise en charge ou non. Sans urgence la procédure de SDRE est appliquée en vertu de l'article L.3214-3 du Code de Santé Publique, s'il y a urgence l'hospitalisation se fera au CHS en application des articles D.398 du Code de Procédure Pénale et L.3214-1 du Code de santé Publique, à noter que dans ce cas ce ne sont pas les médecins psychiatres de l'USP qui peuvent rédiger le certificat pour orienter vers une hospitalisation à la Chartreuse, puisqu'ils dépendent de la Chartreuse. Une fois le patient hospitalisé à la Chartreuse il appartient au médecin de réévaluer l'indication d'hospitalisation et de ré-adresser un avis médico-administratif à l'UHSA.

Chiffres pour les hospitalisations complètes :

2012 : 32

2013 : 29

2014 : 23

2015 : sur 31, 14 ont été admis directement en UHSA : 9 SDRE et 5 HL.

début 2016 : sur 17, 5 ont été admis directement en UHSA : 3 SDRE et 2 HL.

→ Le travail en pratique :

Tous les détenus sont reçus dans les 24 heures ouvrés par les unités somatiques puis ils sont reçus par l'USP dans la semaine dans ce que l'on appelle un entretien d'accueil, de dépistage pour repérer les antécédents, d'éventuels troubles, évaluer leur état psychique, présenter l'offre de soin et les orienter le cas échéant sur une prise en charge. Ils peuvent être vus plus tôt sur signalement des différents intervenants, le greffe à l'écrou, le gradé au premier entretien du parcours arrivant, l'unité somatique, le SPIP, voire le tribunal avant l'écrou.

Une équipe de surveillants pour la sécurité et les mouvements est affectée à l'USP avec en permanence deux surveillants qui n'assistent pas aux entretiens ni aux activités mais peuvent jeter un coup d'œil par la porte vitrée d'un bureau. Mais ils redoublent de vigilance s'il y a notion de dangerosité, si par exemple en accompagnant le détenu ils ont senti une certaine nervosité ou un comportement étrange. Toutes nos salles sont dotées d'un bouton d'alarme et leur intervention avec des renforts est alors rapide, mais le recours à l'alarme est très exceptionnel.

Un temps d'observation est laissé avant d'inscrire un patient aux activités, on réfléchit à la constitution des groupes, on limite le nombre de patients, et certaines activités sont encadrées par deux soignants. On a eu par exemple le cas d'un jeune garçon incarcéré pour tentative d'assassinat, d'abord hospitalisé en UHSA suite à une tentative de suicide, puis maintenu longtemps au SMPR pour de graves troubles de personnalité et très inquiétant par rapport à de nombreuses pulsions meurtrières toujours présentes. Donc on a pris des mesures au sein de l'équipe, auprès des surveillants, qu'il ne fallait jamais le recevoir seul, le maintenir seul en cellule,

toujours le laisser seul à la douche etc. L'évolution n'étant pas favorable malgré le traitement et la prise en charge, le risque des agressions nous a paru tel que l'on a fini par demander son hospitalisation en UMD.

→ Les particularités du milieu :

On a affaire à une population vulnérable qui multiplie les risques : faible niveau culturel, socio-économique, professionnel, des carences éducatives et affectives majeures, des antécédents de maltraitances très graves voire difficiles à imaginer, des vies instables, chaotiques, marginales, une mauvaise hygiène de vie, des conduites à risques, des poly-toxicomanies, des problèmes de santé mal pris en charge, des personnes qui font beaucoup plus âgées que leur âge. Même si la prison n'est pas un lieu de soin, elle peut être l'occasion d'un sevrage, d'un bilan, d'un traitement, d'un travail psychologique.

Les conséquences psychologiques de l'incarcération, de l'enfermement, l'isolement, de la promiscuité font que le risque de suicide est 5 fois plus élevé pour les détenus que pour les personnes normales, ce risque augmente lors du choc carcéral, aux alentours du procès, après des quartiers disciplinaires etc. A noter, le problème pour les procès aux Assises est que les patients sont pris pendant toute la journée et donc on ne peut pas les voir durant le procès, alors que c'est un moment très sensible. L'incarcération comme le placement au QD (Quartier Disciplinaire) est un moment très chargé d'émotion, d'angoisse, un sentiment de ne pouvoir affronter les choses. A ce moment il faut pouvoir évaluer le risque suicidaire, décider d'une prise en charge, d'un suivi plus serré, d'un rendez-vous le lendemain ou d'une admission à l'USP ou en hôpital de jour ou en urgence en SDRE. En pratique les médecins ne lèvent pas la sanction disciplinaire, c'est juste sa mise à exécution qui est différée le temps des soins, en général ce sont des hospitalisations courtes, que ce soit USP ou CHS. La personne pourra se reprendre, se stabiliser émotionnellement, retrouve ses capacités d'adaptation, s'apaise le temps des soins parfois même sans traitement ou se rend compte que sa place n'est pas en psychiatrie et demande sa sortie. Mais l'annonce de sortie d'USP peut re-déclencher des angoisses, des menaces suicidaires, parce que l'USP est une petite unité très appréciée pour sa tranquillité, pour sa présence soignante et donc une place en USP peut être très convoitée ne serait-ce que pour éviter des conflits avec d'autres détenus, se « soustraire » aux QD etc. Il est difficile à ce moment-là d'évaluer la part de manipulation, si l'on est en présence de chantage au suicide ou d'un réel risque suicidaire. On peut se sentir mal à l'aise entre des idées suicidaires exprimées par le patient et la manipulation ressentie du côté des surveillants qui eux ont été agressés et acceptent mal l'absence de sanction et il faut toujours bien discuter de nos indications dans notre prise en charge tout en respectant le secret médical. Ce secret, un secret de polichinelle, pourrait-on dire parfois, puisque le fait d'être suivi, de participer à des réunions des alcooliques anonymes se sait forcément, le fait de prendre un médicament en particulier la méthadone est vite repéré et respecter ce secret médical est difficile quand il doit être concilié avec la prévention des risques de violences, de suicide vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

Un autre problème : le temps des suivis. Le temps de suivi en détention est incertain et la prise en charge peut être interrompue à tout moment par un transfert ou une sortie par exemple. Pour un patient en hôpital de jour, tant qu'il a besoin de soins, on peut demander à ce qu'il ne soit pas transféré. Pour certains patients on sent qu'il y a incompatibilité avec la détention, en particulier les patients psychotiques, donc ils font de très longs séjours au SMPR. Certains sont maintenus jusqu'au prononcé du non-lieu pour abolition du discernement, décision dont la date nous est inconnue, qui reste incertaine et peut être très longue aussi d'autant que parfois il y a plusieurs expertises successives qui se contredisent. Donc il faut tenir compte de l'incidence de ces procédures sur le temps de l'hospitalisation.

→ Une clinique très riche de parcours atypiques :

De véritables pathologies psychiatriques. Des perversions, des paranoïaques rarement suivis à l'extérieur, beaucoup d'addictions avec la possibilité avec le CSAPA de mettre en place des traitements de substitution (subutex, méthadone etc.), un bon nombre de schizophrènes qui ont commis de graves et très violents passages à l'acte, perpétrés de manière acharnée et relatés d'une froideur glaçante. Les schizophrènes sont surreprésentés : 5 à 7% au lieu d'1 % dans la population générale.

Nous avons eu le cas d'un schizophrène qui a commis un homicide sur son père, sans motif clair, qui a été pris en charge au SMPR dès son incarcération. On a pu savoir qu'il avait raconté aux enquêteurs qu'il avait attrapé

son père par le cou, qu'il l'avait ceinturé, l'avait fait tomber au sol, s'était agenouillé sur sa poitrine, lui avait tourné la tête d'un coup sec, puis cherché le pouls au niveau de la carotide, puis pratiqué un massage cardiaque en sautant sur sa poitrine. Voyant son père sans réactions, il lui entaille la carotide à l'aide d'un couteau trouvé sur l'évier afin de vérifier, dit-il, s'il a « une respiration cardiaque ». Les constatations médico-légales sont conformes, effectivement le père a des plaies par arme blanche au niveau du cou, des lésions hémorragiques nombreuses, des fractures multiples des côtes et du sternum. Après les faits, il erre deux jours avant de retourner chez sa mère où les policiers le trouvent lorsqu'ils vont informer la famille du décès, et s'étonnent que toute la famille manifeste une vive émotion, sauf lui qui reste étonnamment très calme. Son emploi du temps posant problème, il est mis en garde à vue avant d'être incarcéré. C'est donc un psychotique qui était suivi et sous traitement, qui est dans un très grand détachement affectif, avec des délires et hallucinations très riches, des prophéties, des prémonitions, une « puce électrique dans le cerveau ». Il dit qu'on lui clone les cellules cérébrales, parle d'extraterrestres, dit qu'il a suicidé son père et on note un antécédent de tentative de suicide par pendaison dit-il pour « vérifier la réalité de son existence ». Le traitement l'apaise mais partiellement, c'est difficile, il critique en partie son délire, garde un très grand détachement affectif. Il bénéficie d'un non-lieu par abolition du discernement quelques mois après les faits et est transféré au CHS avant d'être hospitalisé en UMD. Il aura fait toute sa détention au SMPR et il n'était pas réfractaire aux soins.

Un autre cas d'un schizophrène de 39 ans avec des symptômes très riches également. Une mégalomanie : un génial inventeur, spolié de ses brevets, persécuté et violé par 37000 personnes en même temps, torturé encore en cellule alors qu'il était seul, recevant des ondes dans l'anus. Il utilise un tas de néologismes : il a été « cadavérisé », « déruné », « désali », « débouté de son couvercle magnétique ». Il dit que « les politicards l'ont pédophilisés ». Il est accusé de viol sur sa jeune sœur 20 ans plus tôt et se défend en disant qu'on lui a greffé un sexe sur sa hanche et avoir été victime d'une hypnose somnambulique. Difficile pour les experts de dire s'il était déjà malade au moment des faits ou s'il s'agit d'une reconstruction délirante. Il sera condamné à trois ans de prison et sera suivi par le SMPR jusqu'à sa libération où, comme sa pathologie résiste au traitement, il sera hospitalisé à la demande d'un tiers.

Enfin dernier cas, un jeune de 22 ans, schizophrène et poly-toxicomane incarcéré pour violences et tortures en réunion. Il est signalé dès son arrivée car très délirant, agité, halluciné, dissocié, il se dit habité d'une bête qui commande ses pensées et ses actes. Montrant un tatouage d'araignée sur le cou il change de manière spectaculaire d'intonation de voix selon que c'est le « monstre » qui nous parle et nous menace ou lui qui a peur de ce monstre et d'être tué. Son cas est bien évidemment trop inquiétant pour être maintenu en détention et même au SMPR, il va rester un temps en UHSA et en revient assez critique sur son délire mais encore très angoissé, facilement persécuté, se repliant beaucoup dans sa cellule, difficile à stimuler lors des activités, nécessitant une longue prise en charge au SMPR. L'expertise conclue à une altération du discernement, et 20 mois après les faits il est condamné à 10 ans de prison, progressivement on le prépare à son transfert en CD, ce qui se fait 3 ans et demi après les faits.

#### ➔ Les difficultés et les limites de notre intervention :

Ce sont les limites de notre observation clinique puisque les patients sont la plupart du temps en détention, on les voit en entretien ou pendant les activités thérapeutiques et la distribution des médicaments. Les surveillants sont aussi très attentifs et nous apportent des informations importantes, mais malgré tout, les temps d'observation sont limités par rapport à un service hospitalier.

Les limites de notre intervention tiennent à la gestion de leur cellule au quotidien, en particulier sur le défaut d'hygiène corporelle, le défaut d'entretien de la cellule parfois très problématique. On les stimule parfois pour la douche, mais on constate qu'ils ne se lavent pas ou ne changent pas de vêtements après la douche, alors on les change de cellule mais le problème se repose. Ou alors, on s'aperçoit qu'ils stockent de la nourriture périmée, moisie. La gestion des cantines, les commandes qu'ils peuvent faire à la pénitencière et bien on s'aperçoit que l'un d'entre eux commandait une quantité immense de gâteaux, de céréales, de sodas, jusqu'à encombrer la cellule et à prendre 20 kilos sur quelques mois. Parfois aussi nous avons des patients qui se replient totalement en cellule, se mettent dans le noir, ne sortent plus ni en promenade ni en activité, qui vit plus la nuit que le jour. Le problème des toxiques se pose aussi, qui passent quand même en détention, le troc de

médicaments, on peut suggérer une fouille de cellule aux surveillants mais malgré tout, le trafic peut persister et existe toujours avec tous les effets néfastes que l'on peut connaître sur l'état clinique de nos patients.

Enfin nous ne sommes pas un service d'urgence, certains détenus sont signalés dès leur écrou, parfois même par les juges dans la rédaction de la notice individuelle sur la nécessité d'un examen psychiatrique urgent, voire préconisant l'admission de suite au SMPR, alors que le patient ne sera pas forcément consentant aux soins et qu'on ne pourra pas forcément l'admettre au SMPR ou que son état dépassera complètement nos moyens. A l'USP nous n'avons pas de soignants 24/24h et même en augmentant les rondes des surveillants un suicidaire peut très bien se pendre avec ses draps, un câble électrique même mettre le feu. Un détenu délirant persécuté peut être tellement paniqué qu'il peut aussi se faire du mal, agresser son codétenu ou un agent. On a déjà vu des armes artisanales avec un morceau de canette en aluminium, ou une lame de rasoir fixé au bout un long bout de plastique fondu.

Les difficultés se posent aussi pour la prise en charge de détenus condamnés à des années de détention et notamment des schizophrènes, pour lesquels la question des solutions à la sortie se posent alors que des placements en foyers et des sorties aménagées ont déjà échoué. Nous avons aussi des situations médico-légales qui peuvent être complexes, en particulier quand il y a une urgence vitale causée par une pathologie somatique : je pense à un détenu qui se plaint de douleurs thoraciques et dont l'examen montre bien une modification de son électrocardiogramme mais qui refuse à l'arrivée de l'ambulance de partir à l'hôpital. Un autre qui a absorbé une quantité importante de tranquillisants sans intention suicidaire et qui refuse ici aussi à l'arrivée du SAMU son hospitalisation. Un autre qui se provoque des anémies par hémorragies mais comme moyen de pression pour obtenir de la pénitencière son transfert et qui une fois à l'hôpital, refuse la transfusion. Enfin un diabétique qui refuse les soins mais pour se laisser mourir, et dont l'état devient très critique. Donc l'hospitalisation sans consentement n'est possible qu'en cas de troubles mentaux, ce qui est le cas pour les trois premiers cas cités, pour le quatrième qui veut se laisser mourir on est dans le cas d'un trouble mental mais l'hôpital psychiatrique n'est pas compétent pour des soins aussi spécifiques.

Je pourrais citer d'autres cas, c'est tout l'intérêt de ce milieu, de côtoyer des situations d'intrication médico-légales qui posent beaucoup de questions.

➤ **Présentation du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie (CSAPA) et articulation avec les différents partenaires :**

- **Jérôme LALLEMANT, Infirmier au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Préventions en Addictologie (CSAPA) du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

Il existe des CSAPA en milieu ouvert, qui sont aussi nos partenaires.

Le monde de la justice fait le constat de l'effet criminogène ou délictuel des consommations de produits psychoactifs et la volonté de lutter contre la récidive font que l'on désire une prise en charge pendant le temps de l'incarcération. Pour les soignants, même si cela paraît un peu paradoxal, l'accès aux patients facilité et légitimé en milieu carcéral par les conséquences pénales de ses comportements, le déni est plus difficile. De la même façon les consommateurs de drogues illicites vont, à l'extérieur de la prison contacter les services de soin quand vraiment ils sont en échec par rapport à leurs comportements. Pour le détenu, la détention va être parfois un moment favorable de rupture avec les habitudes de vie, de remise en cause et de volonté de stopper ses comportements addictifs parfois sans traitement de substitution.

➔ L'Histoire du CSAPA Le Belem :

L'année 1987 voit la création au sein du SMPR de la Maison d'Arrêt de Dijon de l'Antenne Spécialisée de Lutte contre les Toxicomanies avec pour volonté de rencontrer cette population. Sont organisés : dépistages, recueil épidémiologique, information des détenus, accompagnement psycho-social, suivi et coordination des actions. En 1992, les Antennes deviennent des « Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes » (CSST). Puis en 2002, la loi crée les CSAPA, on assiste donc au regroupement dans une seule structure de la prise en charge des addictions ce qui est un concept très nouveau la prise en charge alcoolique étant séparée de celle des

toxicomanies auparavant. Enfin en 2010 c'est la création officielle du CSAPA Le Belem par l'ARS, c'est une microstructure médicosociale gérée par un établissement hospitalier dans une maison d'arrêt.

→ La maison d'arrêt de Dijon :

Le CSAPA est implanté au sein d'une maison d'arrêt construite en 1850 comprenant :

- Un quartier Hommes de 180 places
- Un quartier Femmes de 30 places
- Un quartier Mineurs de 12 places
- Un quartier de semi-liberté
- Un quartier d'isolement et un quartier disciplinaire

Le CSAPA c'est un bureau de 9 m<sup>2</sup> dans les locaux du SMPR avec un lieu de consultation dédié et l'usage commun des infrastructures du SMPR.

→ Une équipe pluridisciplinaire :

- Une psychologue clinicienne à temps partiel
- Une éducatrice spécialisée à temps partiel
- Un infirmier à temps plein

Avec une mise à disposition d'un mi-temps médical et d'un temps partiel de cadre de santé car malgré le fait que l'on soit une microstructure, les besoins en démarches administratives, évaluations internes et autres, sont nombreux.

→ Les missions :

- L'accueil de toute personne détenue ayant une problématique addictive : hommes, femmes, mineurs.
- Recueil d'informations, on renseigne énormément sur les populations rencontrées.
- Evaluation médicale, psychologique et sociale
- Prise en charge addictologique et accompagnement psycho-social
- Orientation et préparation à la sortie
- Réduction des risques, en partenariat avec les services de la pénitentiaire
- Prise en charge des addictions sans substance, qui sont difficiles à détecter en dehors de toute autre addiction car les personnes n'évoqueront pas leur problématique.
- Mission d'animation régionale des intervenants addiction en milieu carcéral, pour l'instant ce sont des échanges avec des autres intervenants afin de construire les bases de l'intervention en milieu carcéral.

→ Les fondamentaux de notre intervention :

Principalement, il s'agit de placer l'usager au centre du dispositif, c'est le média premier entre nous et les autres intervenants. Même s'il est très difficile pour lui d'avoir une position autonome et d'avoir une liberté de choix, pour autant nous voulons maintenir cette autonomie et ce droit, on ne fait rien sans consentement de la personne, nous sommes avant tout une force de proposition. Maintenir cette autonomie, cela passe par le reconnaître en tant que personne, sujet et acteur de son parcours. Mais aussi par lui offrir un espace de liberté et d'expression dans un lieu d'enfermement ainsi que défendre son droit à la non-discrimination, au libre choix, et à la confidentialité des informations.

→ Les partenaires :

Le CSAPA ne peut être totalement efficace sans des liens forts avec certains partenaires. Certains sont au sein de la maison d'arrêt :

- Le SMPR qui est le premier partenaire naturel du CSAPA et auquel nous sommes adossés, avec qui nous partageons en pratique la logistique et les moyens, et étant dans le même bâtiment, les échanges sont très nombreux.

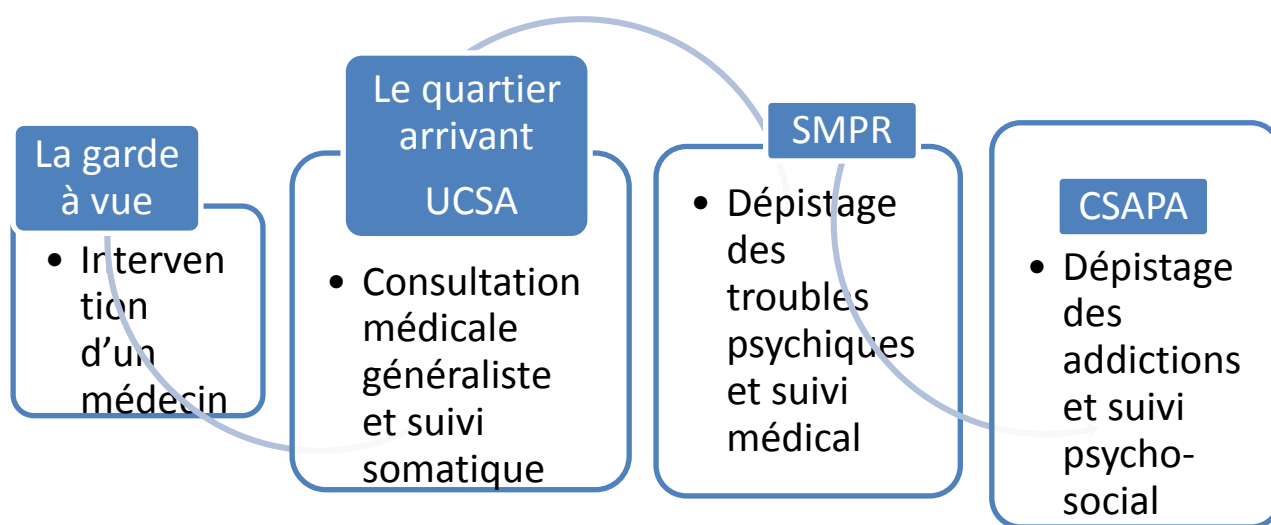


- L'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires)
- Les services pénitentiaires (SPIP, personnels de détention) avec lesquels nous entretenons un travail mutuel et une confiance réciproque.

Mais aussi des partenaires externes à la maison d'arrêt :

- Les structures associatives en charge des problèmes d'addiction, notamment pour sécuriser la fin du parcours d'incarcération
- La SEDAP, l'ANPAA, Le Renouveau
- Les services hospitaliers spécialisés en addictologie
- Les Alcooliques Anonymes
- Les centres de cure et de postcure
- Les professionnels de santé de ville
- Les UCSA des autres maisons d'arrêt et centre de détention, notamment en cas de transfert.

➔ Le parcours d'incarcération :



➔ Le dépistage du CSAPA :

C'est un suivi en équipe dans la mesure où c'est une équipe très réduite : il est effectué indifféremment par l'un des membres de l'équipe qui devient le référent du suivi individualisé de l'utilisateur. C'est le moment le plus important où doit s'établir une relation de confiance qui conditionnera la suite du parcours de soin. C'est un moment décisif dans la constitution d'une relation de confiance en notre compétence professionnelle, dans la bienveillance respectueuse de notre approche et dans la confidentialité des informations confiées. Le premier entretien peut être le dernier, il doit anticiper un éventuel transfert. Cet entretien comporte 3 volets : recueil d'informations qui vont permettre l'évaluation de la problématique mais aussi sur l'information/orientation à donner à l'utilisateur. On doit envisager la notion d'un suivi dès cet entretien, donc c'est un entretien long.

➔ Les usagers :

Plus de 200 personnes, avec des problèmes d'alcool 45%, de cannabis 25%, d'opiacés 15% etc. Pour ces usagers la consommation de produits ou le comportement a toujours une motivation positive pour l'utilisateur car elle a été une solution avant d'être un problème. C'est une tentative d'adaptation à une situation réelle présente ou passée, donc ce comportement nocif a pour l'utilisateur un sens et une utilité, il a permis à un certain nombre de personnes de traverser des situations difficiles avec le moins de risques possibles. Lorsque l'on a connaissance du milieu dans lequel ont pu évoluer ces gens, on se demande parfois comment ces gens peuvent être encore là devant nous.

La motivation est une problématique récurrente. La motivation préalable au soin est exceptionnelle : la particularité du milieu carcéral fait que les usagers qui viennent nous voir se sentent obligés de le faire, voire sont réellement obligés de le faire, notamment dans le cadre d'une obligation de soin. C'est notre travail de faire émerger cette motivation et de faire comprendre à cette personne que surmonter cette addiction est possible.

Des mécanismes de défense sont mis en œuvre par les usagers :

- Disqualification du professionnel : « vous ne pouvez pas comprendre »
- Position passive du malade : se montre coopérant mais en attente d'un traitement qui va tout régler
- Envoi d'un leurre : un patient qui a un problème d'alcool majeur mais qui met en avant sa problématique liée au cannabis pour ne pas traiter celle de l'alcool

Les usagers du système carcéral sont marqués par la précarité, on l'a déjà dit, notamment : des conditions socio-économiques défavorables, des carences affectives et éducatives, un environnement familial, professionnel et culturel précaire, la concentration de problèmes sanitaires somatiques et psychiques. Ces signes de précarité vont être aggravés ou réactivés du fait de la promiscuité, de l'isolement affectif, du choc de l'incarcération, de l'épreuve de l'enfermement.

➔ Le parcours de vie type d'une personne « *addict* » incarcérée :

Le plus souvent durant son enfance, cette personne va traverser une période d'insécurité qui va préparer l'émergence d'une conduite addictive dans la rentrée à l'âge adulte. Cette période d'insécurité va de la séparation conflictuelle des parents, aux violences ou aux viols. Dans ces situations la personne va faire face à la défaillance de la famille, de l'école, des services sociaux, de la justice... Ces difficultés vont, de même lui apprendre quelques grands principes de survie : « Il ne faut pas faire confiance aux autres (notamment les adultes) » ; « Ça ne sert à rien de parler (cela peut même être dangereux) » ; « Il ne faut pas montrer ses faiblesses ». Tout ces mécanismes de défense ont un fonctionnement coûteux en énergie, ces gens sont constamment attentifs à leur comportement et à celui des autres.

Cette enfance pleine d'insécurité va avoir d'autres conséquences psychologiques notamment une perception biaisée de soi-même : « si je suis maltraité c'est peut-être parce que je ne vauds rien » qui va déboucher sur une baisse de l'estime de soi. De ce fait les comportements addictifs, le non-respect de son corps, de sa santé, et la prise de risques vont être facilités. La rencontre et le choix du produit se fait en fonction de l'image et de l'effet qu'il va produire, le choix entre produit licite et illicite est un message que la personne envoie à travers sa consommation, issu de son expérience de vie, à travers une substance illicite, l'individu nous dit que pour lui la loi est une supercherie. Pour que la loi soit légitime, il faut avoir fait l'expérience qu'elle nous a protégé, or les défaillances que l'on a dès la famille, n'ont pas permis cette rencontre avec la loi.

La consommation de produits ou le comportement a toujours une motivation positive pour l'utilisateur, c'est souvent le seul moment où il se sent bien et cette consommation lui permet de supporter l'insupportable. Elle permet de rendre inutile la parole, de gérer le stress, voire contrôler son agressivité et sa violence, de bloquer les pensées vécues comme négatives, de faire taire les émotions vécues comme des angoisses et de donner des sensations qui se révèlent toujours insatisfaisantes.

L'accès à l'âge adulte, à l'indépendance, la mise à distance des problèmes n'a pas permis pas la remise en cause du fonctionnement et ce qui a protégé dans une situation dangereuse devient progressivement un handicap. Ce qui va entraîner des difficultés à faire confiance, à créer du lien social (séparation, divorces, instabilité professionnelle), une non-expression des affects, une montée en pression (stress, mal-être), jusqu'aux passages à l'acte (problèmes de justice). Commence alors un cercle vicieux : « Plus j'ai des problèmes, plus je consomme ; plus je consomme plus j'ai des problèmes ».

Une prise en charge individuelle est menée par le référent, adaptée en fonction de l'évaluation du premier entretien avec l'adhésion de l'utilisateur, et dans ce cadre le CSAPA va utiliser l'incarcération en ce qu'elle constitue une période de rupture avec les habitudes de l'utilisateur. On travaille avec l'expérience de l'utilisateur et on la valorise, afin de renforcer l'estime de soi de la personne et de favoriser la verbalisation des émotions. A nous de faire émerger le sentiment qu'un changement est peut-être aujourd'hui nécessaire, d'envisager avec l'utilisateur

que ce changement est possible, de l'amener à prendre une décision avant sa libération et de finaliser un projet de soin personnalisé validé par l'utilisateur.

➤ **La spécificité du cadre thérapeutique :**

**- Caroline SAUPIQUE et Claire EDERLE, Psychologues au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Hospitalier La Chartreuse :**

**Caroline SAUPIQUE :**

Avec Claire Ederlé, nous allons vous présenter la spécificité du cadre psychothérapeutique en milieu carcéral.

Maintenir, prendre soin du cadre est une obligation pour tout clinicien : le cadre contient, structure et protège. Sans ces règles de base, aucun travail thérapeutique ne peut avoir lieu. Mais entre le cadre théorique idéal freudien et la pratique de la clinique en institution, il y a des différences. Des aménagements du cadre, liés à l'institution, « l'hôpital dans la prison », que je vais vous présenter mais aussi des spécificités liées aux personnalités et aux pathologies des patients que vous illustrera Claire Ederlé.

L'objectif de cette présentation, est de vous montrer la réalité et la spécificité de notre pratique mais aussi de vous expliquer pourquoi quand on travaille ensemble, dans la pluridisciplinarité et bien nous les psychologues pouvons donner parfois l'impression de manquer de souplesse. Ce n'est pas que nous sommes des professionnels particulièrement capricieux mais comme dirait Freud, nous sommes « tatillons ». C'est que nous avons besoin d'instaurer un certain rituel dans notre manière de travailler, qu'il s'agit d'une pratique régie par certaines règles analytiques qui de l'extérieur peuvent parfois paraître un peu absurdes ou insignifiantes, mais qui ont de vrais fondements théoriques.

La notion de cadre, est postfreudienne, WINNICOTT parle de « setting » et BLEGER de « constance, de non processus », « ce qui est toujours là et qui ne se remarque que lorsqu'il fait défaut » car c'est effectivement quand le cadre est attaqué que l'on en comprend la force et la nécessité, comme c'est souvent le cas dans une clinique qu'on dit de l'agir, du passage à l'acte avec des patients au fonctionnement souvent impulsif et transgressif comme on en reçoit au SMPR.

C'est pourquoi le cadre tire sa force de sa stabilité, de son invariance : il doit être constant, pour être contenant et structurant mais aussi adapté au patient pour être sécurisant sans être trop oppressant ou étouffant. « Le cadre permet l'analyse, il ne la produit pas » ; « Il est l'implicite dont dépend l'explicite » définit Pontalis mais « il faut au peintre les limites d'une toile pour que l'illimité d'un paysage apparaisse ».

Sur le plan pratique, il se construit sur les conseils de Freud qu'on retrouve dans l'ouvrage la technique psychanalytique, il y établit un comportement approprié pour la moyenne des cas autour de 6 grands principes : fréquence, durée, localisation de l'entretien – position des personnes – règle d'abstinence – règle de neutralité – confidentialité – et paiement.

**Cadre Freudien et milieu carcéral :**



**1. Fréquence, durée, localisation de l'entretien**

*« Je suis exclusivement le principe de la location d'une heure déterminée »*

*« Cette heure est la sienne, il en reste redevable, même s'il ne l'utilise pas. [...] c'est comme cela et pas autrement »*

« Je travaille quotidiennement avec mes patients »

« Trois séances par semaines suffisent d'ailleurs »

« L'on doit d'abord connaître le pas du voyageur avant de pouvoir calculer la durée de son voyage »

« Je permets à chacun d'interrompre la cure quand il lui plaît »

S.FREUD (1913) Sur l'engagement du traitement

Freud dans la cure type, travaillait sur le principe de 3, 4 séances d'une heure par semaine et si le patient ne se présentait pas à cette séance elle était facturée et non déplacée. Pour Freud, cela garantissait l'assiduité du patient.

Au SMPR, comme dans beaucoup d'autres institutions, sauf urgence, on travaille sur le même principe mais à raison d'une séance toutes les semaines ou tous les 15 jours, et la durée est adaptée à la pathologie, en règle générale c'est environ 45 minutes. Mais certains patients sont trop anxieux, agité ou au contraire trop mutiques pour supporter des séances aussi longues et d'autres nécessitent plus de temps pour se « dégeler » comme dirait Freud.

La spécificité du SMPR, sur ce point c'est les contraintes de la temporalité institutionnelle, avec des contraintes horaires relatives aux heures de promenades, aux distribution des traitements, aux repas, aux activités sportives, au travail aussi pour les auxis, au quartier disciplinaire, mais surtout au transfert et au libération avec des suivis qui peuvent s'arrêter brutalement, il faut donc réfléchir en amont à nos objectifs thérapeutiques en fonction du temps approximativement imparti. Comme les chirurgiens, on ne peut se permettre d'ouvrir et de laisser le trou béant, on doit faire attention à ce que l'on fait.

## 2. Position des personnes

« La « situation analytique » n'admet **pas de tiers** »

FREUD. S. (1926) La question de l'analyse profane

« **Je ne supporte pas d'être dévisagé par les autres huit heures par jour (ou plus longtemps)** »

« Je ne veux pas que **mes mimiques procurent au patient matière à interprétation** ou l'influencent dans ce qu'il communique »

FREUD S. (1913) Sur l'engagement du traitement

La « situation analytique » n'admet pas de tiers dans la cure type disait Freud pour des raisons de confiance et de secret mais surtout de régularité.

Mais au SMPR nous sommes parfois obligés pour des raisons de sécurité d'être dans cette configuration, même si l'alliance thérapeutique peut nous protéger d'avantage que les autres soignants, nous devons cependant respecter les règles de sécurité de manière homogène, pour ne pas participer au clivage de l'équipe. Si l'un de nous voit ce patient à deux soignants nous tachons tous de faire de même. Mais c'est toujours une situation délicate qu'on doit prendre le temps d'expliquer au patient. Il peut prendre cela comme une punition ou un manque de confiance alors que nous ne sommes pas une victime directe de son comportement et réagir avec hostilité, méfiance et manipulation.

## 3. Règle d'abstinence

« Il ne se passe entre eux rien d'autre que ceci : **ils se parlent** »

FREUD S. (1926) La question de l'analyse profane

« Il faut que la cure soit pratiquée dans l'**abstinence** ; je ne pense pas seulement ici à la privation corporelle »

Freud ne parle pas que de privation corporelle mais dans le contexte du cadre c'est sur ce point que nous allons nous arrêter.

Comme tout professionnels, nous respectons l'interdit de la tendresse et du sexuel cela va de soit, dans ce registre nous ne répondons pas non plus aux questions personnelles.

En revanche nous devons travailler avec le risque d'un passage à l'acte hétéro agressif avec des patients au potentiel violent et impulsif, parfois agressif face à l'autorité ou à la frustration.

Nous sommes dans une clinique de l'agir il est donc encore plus essentiel qu'ailleurs de recadrer immédiatement tout débordement, de reposer les interdits au moindre signe d'écart de comportement avant de pouvoir par la suite retravailler avec le patient la signification de sa colère ou de ses gestes et protéger d'un passage à l'acte, il en va de notre sécurité qui est cependant bien assurée par la pénitencière.

#### 4. Règle de neutralité

*« Nous avons délibérément refusé de faire du patient qui, cherchant de l'aide, se remet entre nos mains, notre bien propre, de façonner pour lui son destin, de lui imposer nos idéaux et, avec l'orgueil du créateur, de le modeler à notre image, dans laquelle nous sommes censés mettre toutes nos complaisances »*

Nous sommes censés nous positionner dans une neutralité bienveillante, mais c'est pourtant une position délicate quand on travaille sur la notion d'interdit et de transgression qui a amené à l'incarcération. C'est un équilibre qu'on doit trouver avec chaque patient : ne pas banaliser ses actes, ne jamais cautionner ni excuser mais travailler leur sens dans leur histoire personnelle, quand ils ne sont pas dans le déni. Replacer la question de l'interdit, le sens de la transgression, sans forcer le changement sur des principes de jugement moral, bien qu'on en ait tous un, et s'il y a des motifs d'incarcération qui nous touchent trop, passer la main à un collègue.

Et peut être encore plus que dans d'autre endroit, il nous faut continuellement faire attention à ne pas être instrumentalisé par le patient et être attentif à notre contre-transfert, c'est-à-dire à ce que nous ressentons de positif et de négatif face à un patient pour ne pas tomber, ni dans la répulsion, ni dans fascination, ce qui nous rendrait professionnellement inutile, voire dangereux. Mais il faudrait plutôt de l'analyser pour comprendre la place que cherche à nous faire rejouer le patient dans sa relation à l'autre (souvent ses parents mais aussi parfois dans sa relation à la victime) pour la perversion et la psychopathie.

#### 5. Confidentialité

*« Le médecin a des **devoirs non seulement envers le malade, mais aussi envers la science.** Envers la science : cela veut dire, au fond, envers beaucoup d'autres malades qui souffrent du même mal ou en souffriront »*

*« **Aucun nom** n'est demeuré »*

*« **Garanties de secret** »*

Nous ne sommes pas lié au secret médical comme Freud, mais au secret professionnel partagé.

La confidentialité est un principe fondamental, le patient nous livre son histoire personnelle, elle ne doit pas être divulguée à d'autres personnes qu'à notre équipes de soignants.

Ce qui n'est pas forcément clair pour des patients, qui nous voit côtoyer le même univers qu'eux (détenus, surveillants, mais aussi SPIP, expert etc.), c'est pourquoi au premier entretien nous devons expliquer longuement que nous ne sommes rattachés qu'à l'hôpital, mais aussi qu'à ce titre nous ne pouvons pas non

plus intervenir en leur faveur auprès de la pénitencière, du juge ou du SPIP et que la seule chose qu'il peuvent obtenir de nous sur le plan matériel c'est une attestation de suivi. La seule limite de notre secret, réside dans le signalement d'une personne mineure ou vulnérable en danger. C'est effectivement du donnant-donnant, nous sommes soumis au secret, donc ils ne peuvent pas essayer de nous utiliser pour nous demander quelque chose, nous demander d'intervenir ou d'influencer. Après, la position du psychologue est une position un peu particulière, car même si nous avons le secret partagé, si on ne désire pas en parler avec nos collègues, on ne parlera pas de ce que nous disent nos patients. Mais nous le faisons parce que l'on travaille tous ensemble.

## 6. Paiement

« Seront édifiés des établissements ou des instituts de consultation »

**« Ces traitements seront non payants. [...] c'est alors que s'offrira à nous la tâche d'adapter notre technique aux nouvelles conditions »**

FREUD S. (1919) Les voies de la thérapie psychanalytique

Comme Freud, l'avait prédit, nous sommes arrivés à la gratuité des soins.

Les patients ne nous payent pas directement, pour nous remercier certains nous adresse parfois des lettres de remerciement ou des choses qu'ils ont confectionnées et selon la situation nous refusons ou nous acceptons. L'idéal serait de refuser mais nous adaptons en fonction du patient et de sa personnalité.

Voilà les différences que l'on peut constater entre le cadre type et ce cadre institutionnel pragmatique, surtout en milieu carcéral, que l'on vit tous les jours. Cette réalité elle est aussi le fruit de la proximité des différents acteurs et j'entendais ce matin parler de pressions, je ne pense pas qu'il y ait de pressions explicites, mais souvent on nous demande de manière anodine comment vont certains patients et c'est sur ce point que nous sommes vigilants.

Nous en avons terminé avec les points de vigilance à tenir vis-à-vis de la particularité institutionnelle du SMPR maintenant je laisse la parole à Claire pour poursuivre sur le plan clinique.

**- Claire EDERLE : « Spécificités du cadre thérapeutique avec les patients auteurs de violences sexuelles »**

Je vais essayer de compléter l'exposé un peu théorique de Caroline mais en étant un peu plus pratique et accessible pour les acteurs du monde de la justice, bien sûr tout ceci n'est pas exhaustif.

«*Exercer la psychiatrie en détention c'est prendre en compte la coexistence de deux logiques, celle du soin et celle de l'enfermement* ». Lhuillier, 1998, 2001.

«*Penser la carceralité est plus utile que la nier*», il est inutile de «*parler de soins psychiatriques sans intégrer la réalité pénale et carcérale dans l'histoire intime du sujet* ». Carrière, Archer, 1998.

Avant tout avec le patient on va éclaircir sa situation légale, à quel moment de son parcours pénal se trouve le patient, qu'en est-il de sa rencontre avec la loi, on ne traitera pas de la même manière un patient condamné qu'un patient en détention provisoire. Reconnaît-il les faits, les nie-t-il ? On ne peut évidemment pas parler des faits si le patient n'est pas condamné, tandis que s'il est en train d'exécuter sa peine, la loi a été posée.

➔ Les difficultés de l'intervention en milieu carcéral :

- Mise à mal de l'accompagnement par le fonctionnement de ces patients : ce sont des sujets qui ont des difficultés de mentalisation et de verbalisation. Pour ce qui est de parler d'eux, de ce qu'ils ressentent et de ce qu'ils vivent c'est assez complexe.
- Face aux contraintes de l'enfermement et la fuite dans le passage à l'acte étant interdite, de grandes quantités d'énergie psychique, effrayantes, peuvent apparaître chez la personne. L'interdit de la violence peut déclencher angoisse, agressivité, mouvements pulsionnels...

- Préoccupations prégnantes découlant de la vie carcérale : la gestion du quotidien carcéral, les relations avec les codétenus, avec la pénitencier, les problèmes de cantine, de parloir etc.
- La question de la demande de soins (pourquoi? Pour qui?) : ce n'est pas forcément un frein, on n'est pas forcément dupes parfois d'une tentative de manipulation, certains sont plus fins que d'autres qui nous disent clairement qu'ils sont là parce qu'ils y sont obligés, ou afin d'obtenir une remise de peine. Dans ce cas-là, qui est aussi compréhensible, on va reposer le cadre et expliquer ce qu'est une thérapie, en leur demandant de s'engager un minimum et de parler d'eux. S'il n'accepte pas ce cadre, on peut refuser le suivi psychologique.

➔ Définition du cadre :

C'est un véritable outil de travail pour un soignant, il définit la place, le rôle et la fonction de chacun des professionnels et des usagers. La fonction du cadre est de deux ordres : structurer et contenir. Toute la pertinence de ce suivi et de ses effets va résider d'une part, dans le positionnement clair de l'intervenant et sa capacité à définir et maintenir le cadre dans le temps, d'autre part dans le fait de poser avec la personne les objectifs du suivi.

Il est important de rappeler le rôle du professionnel que vous êtes pour :

- marquer clairement votre fonction dans le suivi
- différencier le suivi par rapport à celui des autres intervenants (santé, justice, social)
- trianguler la relation (Loi symbolique et réelle)
- 

Le maintien du cadre passe par une certaine continuité. La continuité des informations entre les différents champs d'intervention, entre l'intra (carcéral, hospitalier) et l'extra (milieu ouvert, CMP). Mais aussi la continuité des informations entre les différents intervenants extérieurs, qui permet de lutter contre l'épuisement et les effets du clivage et favorise un effet contenant.

Définir les objectifs du suivi c'est principalement être au clair en tant que professionnel :

- Il n'est possible de travailler avec les délinquants sexuels que lorsque la Loi est dite et représentée
- On travaille beaucoup sur l'importance de la peine et de sa représentation
- Travailler sur l'acte en introduisant progressivement la question de la souffrance de la victime : il est inutile, voire illusoire de chercher à tout prix à faire émerger la culpabilité de l'auteur d'un crime ou délit sexuel.
- ne pas réduire la personne à son acte : chercher à tout prix l'humanité ce qui n'est pas toujours facile.

L'objectif est d'enclencher un processus de changement, une amorce de travail d'élaboration.

Le positionnement doit être bienveillant mais sans complaisance, ce qui passe par :

- ne pas se laisser disculper, ce qui arrive notamment avec certains patients pervers qui sont dans l'attaque. On ne doit pas se laisser faire et agir en rappelant le cadre, dès qu'une question personnelle est posée on n'y répond pas et on reprend avec eux les interdits pendant l'entretien.
- rester intransigeant concernant les faits commis. Lorsque les patients en parlent, il en parle avec un vocabulaire enfantin : une « bêtise », une « erreur » or, il faut tout de suite reprendre et mettre le vrai mot sur les actes, c'est un viol, pas une erreur.
- relever systématiquement tous les éléments du discours qui relèvent d'une déformation de la réalité et les reprendre. Un exemple : un individu auteur d'une agression sexuelle sur une petite de 5 ans qui dira qu'elle le draguait car elle avait posé sa main sur sa cuisse.
- favoriser la réflexion et non la défense avec parfois des retournements tels que : « Mais vous, qu'en pensez-vous ? » ; « Pourquoi me dites-vous cela ? » ; « Quel(s) effets cela suscite chez vous d'en parler ? ». Dans ce cas, il est fondamental de ne pas se laisser piéger dans une situation de retournement dans lequel on passe de professionnel à victime. Il faut remettre calmement le patient à sa place dans l'entretien.

L'intérêt du professionnel est de venir provoquer le nuancement dans le discours de l'auteur, une remise en question. Pour y parvenir, il ne peut rester dans une posture de passivité et d'écoute « pure », on ne fait pas comme avec les autres patients, on se doit d'être plus directif, interventionniste. Il n'y a pas toujours de demande à attendre, hormis celle pour l'accès aux RPS, ce qui n'empêche pas le travail, la PEC ni la relation thérapeutique. Il faut faire émerger la demande, et travailler sur cette première demande subjective du patient, c'est-à-dire qu'on a aussi des patients qui vont nous demander un suivi psychologique mais pas pour travailler sur leur condamnation ou leurs poursuites judiciaires, ils vont nous demander de les soutenir sur leur séparation avec la famille, sur l'isolement, sur ce qui se passe en détention. Et même si la c'est tentant, il ne faut pas éluder ces demandes et ainsi, après quelques mois ou quelques années on pourra se pencher sur la condamnation. PEC de plusieurs mois, plusieurs années, travail par étapes et il faut être très modeste dans ses attentes.

Je vais illustrer deux cadres thérapeutiques que l'on a pu poser avec des patients pour vous montrer une différence importante de cadre thérapeutique :

#### Vignette clinique n° 1 :

Le cas d'un patient condamné à une lourde peine dans une procédure criminelle, c'est sa 3<sup>ème</sup> condamnation pour des faits extrêmement graves. Ce patient est structuré sur un mode pervers (c'est un diagnostic clinique et non un jugement moral) avec un fort potentiel d'hétéro-agressivité, très rigide, avec des traits obsessionnels, et isolé socialement. Aucun positionnement par rapport à ses actes, pas de honte, ni de considération de ses victimes, très narcissique avec un relationnel très compliqué. Nous avons donc choisi un cadre thérapeutique ferme, un binôme infirmier-psychologue, avec un entretien toutes les trois semaines. Le suivi a été très intéressant et on a pu constater une évolution, toute relative, du patient.

L'objectif et l'intérêt d'avoir eu avec lui ce cadre extrêmement rigide, a été la triangulation de la relation, d'éviter la relation duelle qui aurait pu être dangereuse, mais pas forcément physiquement. Elle a permis d'empêcher les attaques perverses, l'emprise sur le psychologue, la violence sur les soignants. Cela nous a aussi permis de diffracter le contre-transfert négatif et les contres-attitudes des soignants puisque ce patient alimentait beaucoup de représentations très négatives dans le service, l'empathie était plus difficile à mobiliser. Le travail en binôme était de même source de « confort » du thérapeute pour favoriser l'alliance thérapeutique et a permis de contrer la violence psychique du patient.

Face à ce patient très méfiant le cadre a progressivement permis d'adoucir ses défenses.

#### Vignette clinique n°2 :

Un patient en cours de procédure judiciaire criminelle, très impulsif, avec un fonctionnement dans l'agir, une soudaineté et une imprévisibilité, des tensions internes extrêmes, ainsi qu'une intolérance majeure à la frustration et des failles narcissiques très importantes. Un patient très compliqué puisqu'il a eu de nombreux passages à l'acte : au début de son incarcération (un feu dans sa cellule en moins de 24 heures) qui l'a fait aller en hospitalisation sous contrainte, puis moins de 2 heures après son arrivée au SMPR un passage à l'acte violent en salle de soin qui va le mener en UHSA. Il est revenu à Dijon plus stabilisé et plus calme et émis une demande de suivi psychologique. Avec lui, le cadre n'a pas arrêté de changer : c'était un cadre thérapeutique souple (lieux et durées flexibles).

L'aménagement du cadre s'est en effet opéré à plusieurs reprises, en fonction de l'état clinique du patient. Dans un premier temps les entretiens avaient lieu en binôme infirmier-psychologue, en raison de la dangerosité potentielle du patient. Il arrivait, vu ses antécédents, dans un contexte sécuritaire et c'est très rassurant pour le personnel mais perturbant pour la prise en charge. Mais rapidement au bout de deux ou trois entretiens on s'est aperçus que la relation triangulaire était difficilement supportable et angoissante pour le patient, donc dans un deuxième temps, une relation duelle a été mise en place. Manque de chance, il y avait encore des difficultés de verbalisation et un sentiment d'oppression. Ses angoisses étaient réactivées dans le bureau, et cet envahissement freinait le travail thérapeutique. Dans un troisième temps, nous avons donc proposé un nouveau cadre, peu conventionnel, qui permette une décharge motrice et canalise l'agitation du patient. L'entretien se



passait dans la salle d'activité en marchant à côté du sujet, tout cela avec une surveillance permanente, car il ne faut pas oublier qui sont nos patients. Dans un quatrième temps et après une certaine stabilisation du patient, au bout de 6 séances, retour à l'entretien classique à sa demande.

Ce cadre souple a permis d'éviter les passages à l'acte du patient, la verbalisation de ses affects, de contenir ses angoisses massives mais aussi d'accéder à un travail thérapeutique et à une alliance avec les soignants. Le patient en est ressorti plutôt stabilisé et apaisé.

➤ **Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux :**

**- Cécile CUENIN, Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Dijon.**

On l'a évoqué cet après-midi, le patient atteint de troubles mentaux va pouvoir accéder aux soins de différentes manières, soit en ambulatoire, soit en hospitalisation partielle au SMPR, soit en hospitalisation complète en UHSA ou en UMD ou en CHS, sur décision préfectorale après signalement de l'administration pénitentiaire.

S'agissant des UMD : ce sont des services hospitaliers spécialisés dans le traitement des malades mentaux présentant un danger pour eux-mêmes et pour autrui et qui ne peuvent plus être pris en charge dans les services de psychiatrie classiques. Ces patients arrivent souvent après des séjours longs en isolement. Les UMD n'accueillent pas uniquement les détenus.

Le CPP prévoit dans son article D398 que les détenus atteints de troubles mentaux qui nécessitent des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais à l'hospitalisation d'office (sous la forme d'une hospitalisation complète) dans un établissement de santé habilité.

On le verra, sur signalement de l'administration pénitentiaire le préfet peut donc décider de cette hospitalisation mais désormais l'autorité judiciaire est également compétente. Différentes mesures ont également été créées, que ce soient pour les prévenus ou les condamnés atteints de troubles mentaux : mesures de sûreté. Une mesure d'aménagement de peine est également applicable.

I/ LES MESURES PRE SENTENCIELLES ET LES MESURES DECIDEES AU STADE DU JUGEMENT

A) L'irresponsabilité pénale

La loi du 25 février 2008 a institué une nouvelle procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, qui permet à la juridiction constatant une telle irresponsabilité de se prononcer sur la réalité des faits délictueux commis par la personne mise en cause, ainsi que sur les mesures de sûreté nécessitées par son état de santé.

Procédure créée pour tenir compte "des souffrances des victimes d'une personne pénalement irresponsable", pour qui l'absence de procès était difficilement vécue, puisque l'ancien système juridique, comme l'a expliqué Mr ROLLIN lors de l'analyse de l'article 64 de l'ancien Code Pénal, revenait à nier l'existence du crime ou du délit.

Toutes ces raisons ont incité le législateur français à instaurer une nouvelle procédure applicable aux auteurs d'infractions déclarés pénalement irresponsables : devant le juge d'instruction (706-119) et la chambre de l'instruction (706-122), et devant la juridiction de jugement (tribunal correctionnel ou cour d'assises). Il a en outre été créé par cette même loi plusieurs mesures de sûreté susceptibles d'être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental soit par la chambre de l'instruction soit par la juridiction de jugement.(706-136).

Si les conclusions du psychiatre conduisent le juge d'instruction à envisager un non-lieu sur le fondement de l'article 122-1 CP, certaines dispositions particulières s'imposent:

- la notification des conclusions à la partie civile et à son conseil devra être faite oralement afin d'apaiser les rancœurs nées de l'absence de procès
- la partie civile dispose d'un délai de 15 jours au moins pour présenter des observations ou faire des demandes de complément ou de contre-expertise ;
- si la partie civile le demande, la contre-expertise est de droit, et doit être confiée à deux experts au moins ;

Si le juge d'instruction estime, à la fin de son information, qu'il est susceptible de faire application du premier alinéa de l'article 122-1 CP sur l'abolition du discernement, il en informe les parties et le procureur de la République qui peuvent alors demander la saisine de la chambre de l'instruction pour statuer sur l'application du premier alinéa de l'article 122-1 CP.

Dès lors, deux possibilités s'offrent au juge d'instruction au regard de l'article 706-120 CPP :

- S'il estime qu'il existe contre la personne mise en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés et que le premier alinéa de l'article 122-1 CP lui est applicable, il rendra, si le procureur de la République ou l'une des parties en ont formulé la demande, une ordonnance de transmission du dossier de la procédure au procureur général aux fins de saisine de la chambre de l'instruction. Il peut aussi ordonner d'office cette transmission.

Ce cas pourrait se présenter, si le magistrat instructeur a des doutes sur l'application de l'article 122-1, alinéa 1er, du Code pénal ou s'il estime indispensable la mise en œuvre des mesures de sûreté qu'il n'a pas compétence de prononcer.

- S'il considère que la saisine de la chambre de l'instruction ne lui paraît pas opportune, il rendra une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, en précisant qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés. Cette ordonnance est susceptible d'appel.

La procédure devant la chambre de l'instruction :

La loi de 2008 a créé une véritable audience impliquant la personne mise en examen, la défense, les parties civiles, mais aussi les témoins et les experts.

La chambre de l'instruction peut rendre une des trois décisions suivantes :

\_ Non-lieu si elle estime qu'il n'existe pas de charges suffisantes contre la personne mise en examen d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés. Dans cette hypothèse, elle ne se prononce pas sur les éventuels troubles psychiques ou neuropsychiques.

\_ Ordonnance de renvoi devant la juridiction compétente si elle estime qu'il existe des charges suffisantes contre la personne mise en examen d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés et que le premier alinéa de l'article 122-1 CP n'est pas applicable.

\_ Si elle estime **les charges suffisantes mais que le premier alinéa de l'article 122-1 CP est applicable**, elle rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental par lequel : elle déclare qu'il existe des charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés ; elle déclare la personne irresponsable pénalement en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits ; si la partie civile le demande, elle renvoie l'affaire devant le tribunal correctionnel compétent pour qu'il se prononce sur la responsabilité civile et statue sur les demandes de dommages et intérêts ; elle prononce s'il y a lieu une ou plusieurs des mesures de sûreté à l'encontre de la personne prévues aux articles 706-135 et 706-136 CPP (hospitalisation d'office ou des interdictions).

L'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental met fin à la détention provisoire ou contrôle judiciaire. Il peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation.

Si un accusé ou un prévenu doit être déclaré irresponsable pénalement pour cause de trouble mental, la juridiction de jugement – cour d'assises ou tribunal correctionnel – rend également, non plus une décision de

relaxe ou d'acquiescement, mais une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (arrêt ou jugement selon la juridiction). L'une et l'autre de ces juridictions doivent constater que le prévenu/accusé a commis les faits qui lui sont reprochés avant de le déclarer irresponsable. L'une et l'autre pourront prononcer les mesures de sûreté.

Mesures de sûreté susceptibles d'être ordonnées :

La loi de 2008 accorde à l'autorité judiciaire la faculté de prononcer, d'une part, une hospitalisation d'office et, d'autre part, toute une série de "mesures de sûreté" entraînant, pour l'intéressé, un certain nombre de restrictions.

→ L'hospitalisation d'office :

Le nouvel article 706-135 du CPP permet désormais à la chambre de l'instruction ou à la juridiction de jugement le pouvoir de décider une hospitalisation d'office (ce qui jusqu'à cette réforme ne relevait que de la compétence de l'autorité administrative). Il ne s'agit que d'une simple faculté, l'autorité judiciaire pouvant se contenter d'un simple signalement auprès du représentant de l'Etat, mais cette mesure peut représenter un gain de temps.

La décision d'hospitalisation d'office prise par l'autorité judiciaire sera subordonnée à trois conditions :

- \_ un arrêt ou un jugement d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- \_ une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure établissant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ;
- \_ une décision motivée, aussitôt après le prononcé du jugement ou de l'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale.

Seule une hospitalisation complète peut être ordonnée. Son régime juridique sera strictement identique à celui prévu par le Code de la santé publique pour l'hospitalisation ordonnée par le préfet.

Une fois la mesure ordonnée, la juridiction est dessaisie au profit du représentant de l'Etat qui va être compétent pour prendre les décisions postérieures. Le déroulé des soins suit donc le régime de droit commun, sauf lorsque les faits concernés sont punis d'une peine supérieure à 5 ans en cas d'atteinte aux personnes, ou supérieure à 10 ans pour les atteintes aux biens, dans ces deux cas l'hospitalisation est prise pour une durée indéterminée.

→ Les autres mesures pouvant être prononcées par les juridictions :

Les mesures de sûreté prévues par l'article 706-136 du Code de procédure pénale constituent des mesures préventives selon la Cour européenne des droits de l'homme.

Ces mesures, qui rappellent celles susceptibles d'être prescrites dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un suivi socio-judiciaire, sont limitativement énumérées :

- interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou certaines personnes ou catégories de personnes, spécialement désignées, et notamment avec les mineurs (cette mesure présente une utilité notamment dans l'hypothèse où les faits commis par une personne irresponsable sont des faits à caractère sexuel commis sur un mineur) ;
- interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné ;
- interdiction de détenir ou de porter une arme ;
- interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole, spécialement désignée, dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ou impliquant un contact habituel avec les mineurs.
- la suspension du permis de conduire et l'annulation de celui-ci avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis

Ces mesures, à la différence de l'hospitalisation, présentent davantage un caractère punitif, empruntées aux peines qui peuvent être prononcées par les juridictions. La notification de ces interdictions et les modalités de

celle-ci sont extrêmement importantes puisque le non-respect de celles-ci entraîne une peine. Il est donc impératif qu'elles leur soient notifiées à un moment où les personnes concernées ont recouvré leur discernement.

#### B) L'altération du discernement :

L'article 122-1 du CP, partant du constat que bien souvent en cas d'altération les troubles, qui au départ dans l'esprit de la loi étaient une cause de diminution de la peine, les peines prononcées étaient en réalité plus importantes que pour les personnes saines d'esprit, impose désormais depuis la loi de 2014 aux juridictions de ne pas dépasser un certain seuil de peine.

Il est donc désormais prévu que : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. **Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans.** La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».

Avant qu'une décision d'irresponsabilité n'intervienne, la personne peut-être placée en DP (Détention Provisoire). Elle peut désormais demander sa remise en liberté en raison de ses troubles mentaux.

#### C) La remise en liberté pour motif médical :

La loi n°2014-896 du 15 août 2014 (art.50) a comblé un vide législatif en créant un nouvel article 147-1 dans le code de procédure pénale, permettant la remise en liberté pour motif médical d'une personne placée en détention provisoire. Jusqu'à cette date, seules les personnes condamnées ne pouvaient y prétendre.

« En toute matière et à tous les stades de la procédure, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire peut être ordonnée, d'office ou à la demande de l'intéressé, lorsqu'une expertise médicale établit que cette personne est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention ».

Les points communs avec la suspension sont que le motif est un pronostic vital engagé ou un état de santé incompatible avec le maintien en détention ; une seule expertise médicale est nécessaire et cette remise en liberté ne peut être ordonnée en cas de risque grave de renouvellement de l'infraction.

Des exemples de risque : le mis en examen est sans domicile fixe, tient un discours menaçant envers le conjoint ou la victime des faits etc.

Cependant cette remise en liberté pour motif médical a quelques particularités par rapport à la suspension médicale qui sont dues au statut de mis en examen. En effet, il ne s'agit pas d'une suspension de la détention provisoire mais d'une mise en liberté, ce qui impose un nouvel examen de la situation et des conditions de la détention provisoire en cas d'amélioration de l'état de santé. Ce réexamen est effectué selon les modalités prévues dans le CCP, selon une procédure classique.

## II/ LES MESURES POST SENTENCIELLES

### A/ La suspension médicale de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale

Depuis 2002, 720-1-1 alinéa 1er CPP prévoit que « toute personne majeure ou mineure condamnée à une peine privative de liberté quels que soient sa nature et son quantum peut, **sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction**, voir sa peine suspendue pour une durée qui n'a pas à être déterminée, s'il est établi qu'elle est **atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé,**

**physique ou mental, est durablement incompatible avec le maintien en détention**, hors les cas d'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement. »

La suspension de peine dite médicale est applicable aux peines criminelles et correctionnelles, quelle qu'en soit la durée (à temps ou à perpétuité) même durant l'exécution d'une période de sûreté.

Sous réserve que d'autres conditions de fond soient réunies, l'incarcération préalable ou effective du condamné n'est pas exigée. Elle peut donc trouver application avant toute incarcération ou durant l'exécution d'une mesure d'aménagement de peine telle que la semi-liberté, le placement à l'extérieur ou le placement sous surveillance électronique.

Toute suspension fondée sur l'article 720-1-1 CPP doit être justifiée par un des deux motifs suivants : **pathologie engageant le pronostic vital ou état de santé physique ou mental durablement incompatible avec le maintien en détention.**

La pathologie engageant le pronostic vital concerne des détenus « malades ».

Cette notion ne recouvre pas toutes les situations de détenus proches de la mort. Mais la cour de Cassation estime que c'est nécessairement à court terme que la pathologie doit engager ledit pronostic.

L'état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention suppose que la personne soit incarcérée au moment où la suspension de peine est envisagée, puisque le texte use de la terminologie « maintien en détention ». Contrairement au motif de la pathologie engageant le pronostic vital, le concept d'état de santé ne suppose pas nécessairement l'existence d'une maladie. Cependant il apparaît substantiel que cet état ne soit pas seulement passager, le terme « durablement » impliquant une stabilité, voire une certaine pérennité de cet état de santé. Et ce, même si le pronostic vital n'est pas engagé.

La loi du 15 août 2014 a modifié l'article 720-1-1 CPP pour préciser que l'état de santé doit être entendu au sens large, tant dans sa dimension physique que mentale. Avant 2014, étaient exclus tous les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux (avec ou sans consentement), donc les autres pouvaient bénéficier d'une suspension si leur état de santé était incompatible avec la détention. La rédaction ancienne était ambiguë et la jurisprudence rejetait cette suspension à l'égard de cette catégorie de condamnés « malades ». L'idée au départ en 2002 était d'éviter la libération des personnes souffrant d'un trouble mental qui aurait présenté un risque pour elle-même et autrui. Aujourd'hui le texte étend expressément son bénéfice aux personnes atteintes de maladies psychiatriques, exception faite des hospitalisations d'office.

La question de l'incompatibilité avec le maintien en détention est plus délicate à circonscrire. L'article 720-1-1 CPP semble viser la détention dans son sens général et abstrait, appliqué à notre régime pénitentiaire français. Cependant, la juridiction doit aborder la question sous l'angle des conditions effectives de détention auxquelles est soumis le détenu demandeur. C'est une exigence de la Cour de Cassation.

Crim. 7 janvier 2009, n°08-83.364 :

« Attendu que, pour confirmer le jugement, l'arrêt énonce que les deux expertises établissent que X... est paraplégique et se déplace en fauteuil roulant, que son pronostic vital n'est pas engagé, que son état de santé n'est pas incompatible avec la détention et que les conditions légales d'application de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale ne sont pas remplies ;

Mais attendu qu'en prononçant ainsi sans rechercher, comme l'y invitaient les conclusions du demandeur, s'il ne résultait pas des deux expertises que **les conditions effectives de sa détention étaient durablement incompatibles avec son état de santé**, la chambre de l'application des peines n'a pas justifié sa décision au regard des dispositions de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale ;

D'où il suit que la cassation est encourue ; »

Il revient à l'administration pénitentiaire d'orienter et d'affecter le détenu en tenant compte de la particularité de son état de santé.

Toujours s'agissant des conditions effectives il résulte d'un arrêt de 2013 (26/6/2013) que la question à se poser est « le maintien en détention n'est-il pas constitutif d'un traitement inhumain ou dégradant notamment par son incompatibilité avec les garanties qui lui sont dues pour protéger sa santé ? ».

Les pièces médicales nécessaires :

En principe, une expertise médicale est obligatoire. Elle établit que le condamné est atteint d'une pathologie engageant son pronostic vital ou que son état de santé physique ou mental est durablement incompatible avec son maintien en détention.

L'article 720-1-1 CPP, dans sa rédaction antérieure à la loi du 15 août 2014, prévoyait l'exigence de deux expertises concordantes pour ordonner une suspension médicale de peine. La Cour de Cassation avait néanmoins fait évoluer sa jurisprudence afin de nuancer cette exigence. Le juge n'est pas lié par l'expertise : la juridiction peut refuser une suspension quand bien même les expertises concluent en faveur de l'intéressé (sauf pour la remise en liberté pour motif médical en cas de DP, le Juge est lié).

Lorsque l'expertise n'est pas cohérente (contradiction entre le corps de l'expertise et les conclusions), la cour de Cassation a indiqué que seuls comptaient les conclusions et non le reste des développements ou digressions (Crim 27/6/2007)

L'exception en cas d'urgence : un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant, quelle que soit la situation du détenu. Si l'urgence est retenue, dispense des expertises qui sont obligatoires pour les détenus condamnés à un suivi socio judiciaire.

La dernière condition pour accorder une suspension médicale est **la condition liée au risque grave de renouvellement de l'infraction.**

Il peut être avancé l'analyse suivante :

- le risque de renouvellement de l'infraction implique une identité dans les faits objets de la condamnation et le risque de commission de nouveaux faits.
- le risque grave de renouvellement de l'infraction doit être d'une intensité particulière. Il ne peut consister en un risque normal analysé de façon abstraite à la seule vue de l'infraction ayant donné lieu à la condamnation.

La décision de suspension est prise pour une durée indéterminée.

Un contrôle est assuré par le JAP et le SPIP à travers plusieurs obligations : établir sa résidence ou être hospitalisé dans un lieu ou un établissement déterminé par la juridiction ; tenir le juge de l'application des peines informé de son lieu de résidence ou d'hospitalisation et d'informer de toute modification etc.

Le JAP doit vérifier régulièrement si les conditions de la suspension sont toujours réunies. Une expertise est obligatoire tous les 6 mois si la suspension de peine a été ordonnée pour une condamnation prononcée en matière criminelle.

Lorsque la suspension médicale de peine ne permet pas une amélioration de l'état de santé du condamné, une mesure de libération conditionnelle peut être envisagée.

On l'a vu ce matin, l'article 729 régit la libération conditionnelle, mesure d'individualisation qui permet à un condamné détenu d'être libéré avant la fin de sa peine et sous certaines conditions. Il doit pour se faire être à mi-peine et justifier : conditions : mi-peine et conditions de fond (travail, participation essentielle à la vie de famille etc. Depuis la loi de 2014, les condamnés bénéficiant d'une suspension médicale peuvent se voir accorder la libération conditionnelle sans condition quant à la durée de la peine accomplie, si, à l'issue d'un délai de trois ans après l'octroi de la mesure de suspension, une nouvelle expertise établit que son état de santé, physique ou mental, est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention et si le condamné justifie d'une prise en charge adaptée à sa situation.

Si les conditions de fond de la suspension dite médicale ne sont plus remplies, c'est à dire si le pronostic vital n'est plus engagé ou si l'état de santé n'est plus durablement incompatible avec la détention, le juge de l'application des peines met fin à la mesure dans le cadre de la procédure de débat contradictoire (art. 712-6 CPP).

Si les obligations fixées par la décision de suspension ou une décision modificative ne sont pas respectées, le juge de l'application des peines peut mettre fin à la suspension de peine selon la même procédure de débat contradictoire (art. D.147-4 CPP). Donc on peut être amené à réincarcérer alors que les conditions de fond de la suspension de peine dite médicale sont encore remplies.

## B/ Les mesures de sûretés

1/ Une mesure dédiée aux personnes atteintes de troubles mentaux : l'obligation de soins prononcée par le JAP après l'exécution de la peine ferme

Parmi les mesures de sûreté créées par la loi de 2014 et à côté des interdictions citées en première partie, le législateur a créé une nouvelle mesure qui peut être prononcée par le JAP :

L'article 706-136-1 du Code de procédure pénale prévoit désormais que lorsqu'une personne, dont le discernement était altéré en raison d'un trouble mental, n'a pas été condamnée à un suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines peut ordonner, à la libération de cette personne, si son état le justifie et après avis médical, une obligation de soins pendant une durée qu'il fixe et qui ne peut excéder cinq ans en matière correctionnelle ou dix ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement.

L'obligation de soins est ordonnée par jugement pris après débat contradictoire avant la date prévue pour la libération de la personne condamnée. Elle ne peut être ordonnée que s'il apparaît, au moment où la décision est rendue, au vu des éléments du dossier et notamment de l'avis médical concernant la personne condamnée qu'elle est nécessaire pour prévenir le renouvellement des actes commis par la personne condamnée, pour la protéger, ou pour protéger la victime ou la famille de la victime. L'autre condition c'est l'absence d'autres mesures en milieu ouvert : obligation ou d'une injonction de soins dans le cadre d'un aménagement de peine, d'une libération conditionnelle, d'une libération sous contrainte, d'un suivi socio-judiciaire, d'une contrainte pénale, d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté.

## 2/ Les autres mesures des sûretés susceptibles d'être prononcées.

Les mesures de sûretés, pas spécifiquement dédiées aux personnes atteintes de troubles mentaux, ont été créées avec les lois du 12 décembre 2005 instaurant la surveillance judiciaire des personnes dangereuses et le PSEM et la loi du 25 février 2008 qui crée la surveillance de sûreté, la rétention de sûreté et l'assignation à domicile.

L'idée qui préside à ces nouveaux dispositifs : surveiller une personne au-delà de sa peine restant à subir pour une durée adaptée celle de la persistance de la dangerosité de la personne. Pour certains détenus en effet les soins s'avèrent encore nécessaires en raison de leur état qui n'a pas été équilibré ou ne peut l'être, ce qui est le cas des psychopathes dont la plupart des recherches menées ont démontrés que pour le moment on ne sait pas les traiter efficacement.

La rétention de sûreté est une mesure exceptionnelle qui s'adresse aux personnes condamnées à une peine au moins égale à 15 ans de réclusion criminelle ayant commis des infractions d'une particulière gravité prévues par la loi et dont il est établi par expertise et après avis préalable d'une commission pluridisciplinaire qu'elles présentent encore à l'issue de l'exécution de leur peine une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité élevée de récidive, en raison de troubles graves de leur personnalité. Elle prend la forme d'un enfermement, c'est donc une mesure qui reste exceptionnelle : 4 personnes ont été placées en RS depuis sa création. La première en 2011.

## CONCLUSION :

La dernière étude réalisée sur les principaux troubles mentaux constatés à l'entrée en prison date de 2004 elle est donc très ancienne et mériterait d'être remise à jour. En effet le constat des praticiens est à l'augmentation de la prise en charge de détenus atteints de troubles mentaux, et pas seulement des troubles du comportement. On observe la prévalence de ces troubles en détention par rapport à l'extérieur des murs de l'établissement pénitentiaire.

Quelques avancées ont néanmoins été constatées avec la loi de 2014 par les possibilités de raccourcir les peines, les aménager ou les suspendre.

Mais il faut faire évoluer encore certaines choses : le dispositif médical de prise en charge et la dotation des prisons en termes de moyen pour prendre en charge ces patients sont disparates, et sont sans doute à parfaire pour améliorer la prise en charge.

Le bât blesse de la même manière lorsqu'une ces patients sont libérés : quand bien même on instaure des mesures de contrôles, on constate l'absence de structure et de moyens adaptés à la prise en charge de ces patients, au risque de les voir alors faire des allers retours en détention. Ces individus cumulent les « handicaps » : troubles mentaux, délinquance, souvent isolés, et personne n'accepte de les prendre en charge, ce qui conduit souvent à un retour en détention, ce qui ne résout en rien, et pour personne le problème.

### III. ECHANGES AVEC LA SALLE ET CLÔTURE.

**Modérateurs** : - Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon,  
- Monsieur Pascal AVEZOU, Responsable du département Organisation de l'offre de soins de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie, en matière d'organisation de l'offre de soins et de l'autonomie et de gestion des autorisations dans les domaines sanitaire, médico-social et ambulatoire à l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté,  
- Monsieur Jean PIAN, Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier La Chartreuse

**Madame Christine ANGLADE, représentante des Usagers UNAFAM au Centre Hospitalier La Chartreuse** : je dois avouer qu'à titre personnel, comme j'ai beaucoup, en tant que professionnelle, pratiqué ce genre de problèmes de délinquance et d'enfance maltraitée, cela fait très fortement écho chez moi, et j'ai beaucoup apprécié l'intervention de M. LALLEMANT parce qu'effectivement, c'est ce genre de personne que l'on rencontre dans les services sociaux.

### CLOTURE DE LA JOURNEE :

**Bruno MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse**

Cet après-midi, a été l'occasion d'interventions très riches, avec une plongée dans l'histoire des services pénitentiaires et psychiatriques de M. ROLLIN, une plongée ensuite au SMPR avec le Docteur MEYER, une intervention très intéressante de M. ROLLIN sur le travail du CSAPA, les secrets de nos psychologues sur le cadre thérapeutique et enfin Mme CUENIN en conclusion avec les mesures appliquées aux patients souffrant de troubles mentaux. Beaucoup d'écoute, même si nous n'avons pas beaucoup échangé et dialogué. Un grand merci aux intervenants mais aussi aux personnes présentes pour votre participation et votre intérêt pour tous les thèmes abordés au cours de cette journée très riche.





# BIBLIOGRAPHIE



Direction des Affaires Générales  
Centre de Documentation

1 bd Chanoine Kir  
21033 DIJON Cedex

@ : [documentation@chs-chartreuse.fr](mailto:documentation@chs-chartreuse.fr)

03.80.42.55.80 / 03.80.42.55.81

Horaires d'ouverture : Du lundi au vendredi : 13h30-17h00



## 4<sup>ème</sup> Journée d'échanges Psychiatrie & Justice

Références bibliographiques  
Documents disponibles au centre de documentation

**2016**

« La prise en charge du patient détenu »

## LIVRES

### Soins sans consentement en psychiatrie / DUPONT Marc (2015)

Soins sans consentement en psychiatrie : comprendre pour bien traiter [Livre] / DUPONT Marc, Auteur; LAGUERRE Audrey, Auteur; VOLOPE Audrey, Auteur. - Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2015. - 413.

Bibliogr. p. 395-398. Index . - ISBN 978-2-8109-0393-1.

**Résumé :** La possibilité de soigner un patient contre son gré est une spécificité de la psychiatrie. Chaque année en France, par nécessité, près de 80 000 patients sont traités pour leurs troubles mentaux sans y avoir consenti, pour des périodes plus ou moins longues. Les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 ont profondément modifié le cadre, dérogeant au droit commun, dans lequel des soins peuvent être dispensés sous cette forme. Elles visaient principalement à renforcer les garanties apportées aux malades pour leurs libertés individuelles et à établir un contrôle systématique du juge. Elles ont répondu aussi à une volonté des pouvoirs publics de protéger davantage la société des débordements pouvant être liés à certaines pathologies mentales. En 13 chapitres thématiques, toutes les dispositions autour des soins sans consentement en psychiatrie sont présentées. Les auteurs exposent la genèse et l'état actuel du droit, commentent la jurisprudence, en s'appuyant sur les données de la médecine psychiatrique et des bonnes pratiques professionnelles. Ils soulignent l'ambition de bien traiter aujourd'hui portée par la législation de santé mentale. Étudiants, professionnels et usagers des structures psychiatriques trouveront dans cet ouvrage exhaustif toutes les réponses aux nombreuses questions qu'ils peuvent se poser dans ces circonstances. [résumé d'auteur]

**Mots-clés :** CONTENTION ; DETENU ; DIGNITE HUMAINE ; DROIT DU MALADE ; EXAMEN MEDICAL ; FUGUE ; HOPITAL PSYCHIATRIQUE ; ISOLEMENT THERAPEUTIQUE ; JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION ; LEGISLATION PSYCHIATRIQUE ; LIBERTE D'ALLER ET DE VENIR ; MAJEUR PROTEGE ; MINEUR ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PERSONNE DE CONFIANCE ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; RECHERCHE BIOMEDICALE ; REGLEMENT INTERIEUR ; RESPECT ; RESPONSABILITE PENALE ; SOIN SOUS CONTRAINTE ; SOIN SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT ; SOIN SUR DEMANDE D'UN TIERS ; URGENCE PSYCHIATRIQUE ; VIE QUOTIDIENNE



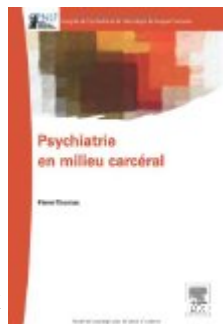
### Psychiatrie en milieu carcéral / THOMAS Pierre (2012)

Psychiatrie en milieu carcéral [Livre] / THOMAS Pierre; ADINS AVINEE, Catherine; Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. - Paris : Masson, 2012. - 160.

ISBN 978-2-294-71923-3.

**Résumé :** En 30 ans, la psychiatrie s'est progressivement éloignée de son image carcérale et s'est enrichie de nouvelles pratiques basées sur l'alliance thérapeutique. Parallèlement, de plus en plus de détenus souffrant de pathologies psychiatriques sont incarcérés dans les prisons de France et d'Europe, créant des besoins de soins et d'accompagnements au-delà des capacités de réponse des dispositifs en place.

Qu'ont-ils en commun, ces patients qui rentrent en prison et pourquoi 'échappent-ils' aux soins communautaires ? Plus de comorbidités, plus de précarité, des actes médico-légaux dont la pénalisation peut parfois paraître démesurée par rapport à l'acte et le contexte dans lequel il a été commis. Pourquoi la prison devient-elle le lieu de vie des patients psychiatriques marginalisés ? Les raisons de cette évolution sont complexes et s'inscrivent dans l'articulation des politiques sociales, pénales et des politiques de santé. Comment délivrer des soins en prison ? Quelle interaction est la plus adéquate avec les personnels de l'administration pénitentiaire ? Cet ouvrage rédigé par l'équipe du SMPR de Lille fait l'état des lieux de l'accès aux soins des détenus dans les prisons françaises. Partout, les équipes des secteurs psychiatriques et des services médico-sociaux qui interviennent dans les établissements pénitentiaires ont mis en place à partir des moyens dont elles disposent des dispositifs de soin et d'accompagnement exemplaires. Parfois, ils ont bénéficié d'un cadre légal comme dans les addictions ou dans la prévention des risques, parfois il s'agit de créativité dans le recours aux psychothérapies, à l'abandon de maltraitances, à l'accompagnement périnatal des femmes incarcérées ou encore dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans un cadre légal plus flou qu'en milieu ouvert. [Résumé]



de l'éditeur]

Les intervenants en santé mentale trouveront ici des réponses à toutes les questions soulevées par les pratiques en milieu carcéral, questions qui concernent l'ensemble de la société.

**Mots-clés :** ABUS SEXUEL ; CRIMINEL ; DANGEROUSITE ; DETENU ; JUSTICE ; MATERNITE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOTHERAPIE ; SANTE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL ; SEXUALITE ; SUICIDE ; TENTATIVE DE SUICIDE

---

**T.S.O. Pratiques professionnelles des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA / FEDERATION ADDICTION (2010)**

T.S.O. Pratiques professionnelles des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA [Livre] / FEDERATION ADDICTION, Auteur. - 2010. - 55.

**Mots-clés :** METHODOLOGIE ; OPIACE ; TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

## RAPPORTS

### **Addictions : la continuité des personnes détenues-L'articulation entre les professionnels de santé et du milieu ouvert / FEDERATION ADDICTION (2014)**

Addictions : la continuité des personnes détenues-L'articulation entre les professionnels de santé et du milieu ouvert : Soins des personnes détenues [document électronique] / FEDERATION ADDICTION, Auteur; APSEP, Auteur. - 2014. - 64.

**Mots-clés** : ADDICTION ; ADDICTOLOGIE ; ALCOOL ; DETENU ; PRISON ; RECHUTE ; REDUCTION DES RISQUES

---

### **Mesures d'accueil des sortants de prison / OBRADOVIC, Ivana (2014)**

Mesures d'accueil des sortants de prison : synthèse du focus group [document électronique] / OBRADOVIC, Ivana, Auteur. - 2014. - 27.

**Mots-clés** : ADDICTION ; CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE ; DETENU ; PRISON

---

### **Promotion de la santé en milieu pénitentiaire / INPES (2014)**

Promotion de la santé en milieu pénitentiaire : Référentiel d'intervention [document électronique] / INPES, Auteur. - 2014. - 230.

**Mots-clés** : DETENU ; EDUCATION POUR LA SANTE ; PRISON

---

### **La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables / COUR DES COMPTES (2014)**

La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables [document électronique] / COUR DES COMPTES, Auteur. - Paris : Cour des Comptes, 2014. - 40.

**Résumé** : La population détenue, qui a atteint 67 683 personnes au 1er août 2013, présente d'importants besoins de santé. Aux dépendances à des substances psychoactives (38 % des détenus souffrent d'une addiction aux substances illicites, 30 % à l'alcool et 80 % fument du tabac quotidiennement), s'ajoute notamment une prévalence très forte des maladies psychiatriques et infectieuses. Au moins un trouble psychiatrique est identifié chez huit détenus sur dix, le taux de détenus atteints de schizophrénie étant quatre fois plus important que dans la population générale. La prévalence des virus du SIDA (VIH) et de l'hépatite C est respectivement six fois plus élevée.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a visé à faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle offerte à la population générale dans des conditions qui respectent leurs droits à la dignité et à la santé. À cet effet, elle a transféré cette responsabilité du ministère de la justice à celui chargé de la santé et, par suite, à des équipes médicales, rattachées à des établissements de santé, indépendantes de la hiérarchie des établissements pénitentiaires. Dans le prolongement de précédentes enquêtes où certains aspects de ces problématiques avaient déjà pu être évoqués, la Cour et les chambres régionales des comptes ont cherché à apprécier, vingt ans après la loi de 1994, les progrès qu'elle a permis de réaliser, alors que s'achève un plan d'actions stratégiques visant à améliorer une prise en charge dont le coût total peut être estimé, en 2012, à plus de 344 MEUR.

Elles ont constaté que, malgré de réels progrès, l'offre de soins reste incomplète (I) et que demeurent des obstacles persistants à une prise en charge globale (II). Remédier aux difficultés observées suppose d'inscrire plus explicitement les soins aux détenus dans une démarche de santé publique plus fortement organisée (III).

**Mots-clés** : ADDICTION ; DETENU ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHOPATHOLOGIE ; SANTE PUBLIQUE

---

### **Addiction et milieu carcéral. Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros / FEDERATION ADDICTION (2012)**

Addiction et milieu carcéral. Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros : Rapport d'enquête 2012 [document électronique] / FEDERATION ADDICTION, Auteur; APSEP, Auteur; APAC, Auteur. - 2012. - 25.

**Mots-clés**

ADDICTION ; COORDINATION ; DETENU ; PRISON ; RESEAU DE SOINS ; STATISTIQUE

---

 **Santé, Justice, les soins obligés en addictologie / FEDERATION ADDICTION (2011)**

Santé, Justice, les soins obligés en addictologie [document électronique] / FEDERATION ADDICTION, Auteur. - 2011. - 90.

**Mots-clés**

ADDICTOLOGIE ; DETENU ; JUSTICE ; OBLIGATION DE SOINS ; PRISON

 **Troubles psychiatriques générés par les peines privatives de liberté / ROLIN, Olivier (2015)**

Troubles psychiatriques générés par les peines privatives de liberté : approche historique et clinique du milieu carcéral et de la psychopathologie qu'il engendre [Mémoire] / ROLIN, Olivier, Auteur. - 2015. - 76.

**Résumé :** Psychiatrie et prison ont depuis la Révolution une histoire parallèle. Après avoir longtemps été enfermés au même titre que les criminels, les 'fous' en ont été ensuite dissociés, du fait de l'abolition du discernement que peut entraîner la pathologie psychique. Pourtant, il demeure un nombre très important de malades mentaux incarcérés. Les causes en sont diverses, et parmi elles, l'influence que le milieu carcéral exerce sur la santé mentale est reconnue depuis le milieu du 19ème siècle. Les mécanismes impliqués sont multiples et complexes, et les symptômes présentés par ces patients-détenus atypiques. Existe-t-il des pathologies propres au milieu carcéral ? Quelles manifestations cliniques apparaissent spécifiquement sous l'influence de la peine privative de liberté ? Et surtout, est-il pertinent de développer une 'psychiatrie de l'incarcération' ?

**Mots-clés :** DETENU ; MALADE MENTAL ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOSE CARCERALE ; SYNDROME DE GANSER

---



## ARTICLES

### Articulation santé et justice en milieu carcéral / LE BAS Pascal (2016)

<http://www.em-premium.com/article/1037047/article/articulation-sante-et-justice-en%C2%A0milieu-carceral>

Articulation santé et justice en milieu carcéral [Article] / LE BAS Pascal, Auteur; BONVALOT Thierry, Auteur; KEROMNES Franck, Auteur; GALLAS Julien, Auteur; PALARIC Ronan, Auteur; ROQUEBERT Alain, Auteur  
**SOINS PSYCHIATRIE n°303 (2016)**. - 24-29

**Résumé:** La question de l'articulation santé-justice se pose depuis la loi du 18 janvier 1994. Depuis lors, les relations professionnelles entre personnel pénitentiaire et personnel de santé se trouvent régulièrement interrogées dans leurs finalités. Les textes organisateurs de cette articulation interinstitutionnelle santé-justice constituent une trame que les divers professionnels doivent s'approprier et mettre en œuvre en s'appuyant sur des savoirs et des compétences spécifiques. Ce faisant, il s'agit d'une invitation à travailler ensemble autour d'une même population qui s'adresse ainsi à tous, en référence à des missions respectives et différentes. La mise en œuvre d'un groupe thérapeutique structuré auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel en constitue une expérience positive. [Résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** ARCHITECTURE ; AUTEUR DE VIOLENCE SEXUELLE ; CADRE THERAPEUTIQUE ; COORDINATION ; DYNAMIQUE DE GROUPE ; EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ; GROUPE DE PAROLE ; JUSTICE ; ORGANISATION ; PARTENARIAT ; PERMANENCE DES SOINS ; POUVOIR ; PREVENTION ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHODYNAMIE ; PSYCHOTHERAPIE ; RECIDIVE LEGALE ; SANTE ; SUICIDE ; THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

---

### Les détenus en unités pour malades difficiles / BOUCHARD Jean-Pierre (2016)

<http://www.em-premium.com/article/1037049/article/les-detenus-en%C2%A0unités-pour-malades-difficiles>

Les détenus en unités pour malades difficiles [Article] / BOUCHARD Jean-Pierre, Auteur; BRULIN SOLIGNAC Diane, Auteur; LODETTI Célia, Auteur

**SOINS PSYCHIATRIE n°303 (2016)**. - 35-40

**Résumé:** Les détenus, prévenus ou condamnés, peuvent être placés pour un temps variable en unité pour malades difficiles (UMD) si leur état mental pathologique le nécessite. Pour l'essentiel, leurs prises en charge thérapeutiques ne dépendent pas de leur statut de détenu. Ces traitements sont ceux indiqués pour leurs pathologies psychiques et leur dangerosité potentielle ou manifeste. Cependant, quelques mesures administratives différencient leurs prises en charge de celles des patients non détenus placés dans ces unités psychiatriques de sûreté. [Résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** CAS CLINIQUE ; DANGEROUSITE ; DETENU ; EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ; FONCTIONNEMENT ; HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE ; ORGANISATION SANITAIRE ; PARANOIA ; PRATIQUE DU SOIN ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHIATRE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOSE ; RESPONSABILITE PENALE ; SCHIZOPHRENIE ; UNITE POUR MALADES DIFFICILES

---

### La longue marche des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire / LAURENCIN Gérard (2016)

<http://www.em-premium.com/article/1037044/article/la-longue-marche-des%C2%A0soins%C2%A0psychiatriques-en-milie>

La longue marche des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire [Article] / LAURENCIN Gérard, Auteur  
**SOINS PSYCHIATRIE n°303 (2016)**. - 12-14

**Résumé:** Du XIXe siècle à nos jours, l'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire a beaucoup évolué. En parallèle des lois, des codes ou des articles qui se sont succédé, la psychiatrie s'est aujourd'hui structurée. En effet, depuis la 'maison centrale sanitaire', les consultations d'hygiène mentale dans chaque maison d'arrêt, les services médicopsychologiques régionaux (SMPR) jusqu'aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) d'aujourd'hui, le dispositif propose des prises en charge psychiatriques aux détenus, tant dans le champ de la prévention que dans celui du curatif. [Résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** DETENU ; DROIT DU MALADE ; HISTOIRE ; HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE ; MALADE MENTAL ; ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ; ORGANISATION SANITAIRE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; POPULATION ; PREVALENCE ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; SOUFFRANCE PSYCHIQUE

---

**Parcours d'un patient au sein d'une unité sanitaire / HAEGEMAN Nicolas (2016)**

<http://www.em-premium.com/article/1037045/article/parcours-d-un%C2%A0patient-au%C2%A0sein%C2%A0d-une%C2%A0unite-sanitair>

Parcours d'un patient au sein d'une unité sanitaire [Article] / HAEGEMAN Nicolas, Auteur; BEZIAT Nicolas, Auteur; CAVERO Laure, Auteur; BIAU Audrey, Auteur

**SOINS PSYCHIATRIE n°303 (2016).** - 15-19

**Résumé:** Les soins en milieu carcéral doivent se calquer autant que possible sur le modèle utilisé pour la population générale. Le dispositif émaillant les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire prévoit trois niveaux de recours. La présentation du parcours d'un jeune patient souffrant de troubles mentaux sévères montre les possibilités et les difficultés de prise en charge en unité sanitaire. [Résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** CAS CLINIQUE ; DETENU ; EPIDEMIOLOGIE ; ORGANISATION ; PARCOURS DE SOINS ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRATIQUE DU SOIN ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; RELATION SOIGNANT SOIGNE ; SCHIZOPHRENIE ; SOIN INFIRMIER

---

**Psychiatrie et prison [dossier] / FAUCON MARTIN H (2016)**

<http://www.em-premium.com/revue/SPSY/derniernumero/soins-psychiatrie>

Psychiatrie et prison [dossier] [Article] / FAUCON MARTIN H, Auteur; LAURENCIN Gérard, Auteur; HAEGEMAN Nicolas, Auteur; BEZIAT Nicolas, Auteur; CAVERO Laure, Auteur; BIAU Audrey, Auteur; BARREAU Pascal, Auteur; LE BAS Pascal, Auteur; BONVALOT Thierry, Auteur; KEROMNES Franck, Auteur; GALLAS Julien, Auteur; PALARIC Ronan, Auteur; ROQUEBERT Alain, Auteur; CHANTY Jérôme, Auteur; BOUCHARD Jean-Pierre, Auteur; BRULIN SOLIGNAC Diane, Auteur; LODETTI Célia, Auteur

**SOINS PSYCHIATRIE n°303 (2016).** - 11-43

**Mots-clés :** CAS CLINIQUE ; CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE ; DETENU ; FONCTIONNEMENT ; HISTOIRE ; MALADE MENTAL ; ORGANISATION ; ORGANISATION SANITAIRE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE ; UNITE POUR MALADES DIFFICILES

---

**Le soin psychiatrique derrière les barreaux / FAUCON MARTIN Hélène (2016)**

<http://www.em-premium.com/article/1037043/article/le-soin-psychiatrique-derriere%C2%A0les%C2%A0barreaux>

Le soin psychiatrique derrière les barreaux [Article] / FAUCON MARTIN Hélène, Auteur

**SOINS PSYCHIATRIE n°303 (2016).** – 11

**Résumé:** La prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques a toujours été source de nombreuses questions. La volonté d'offrir aux patients détenus une qualité de soins et de suivi psychiatriques équivalente à celle proposée à la population générale prédomine depuis de nombreuses années, comme en témoignent les textes législatifs successifs portant sur l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. De préconisations en créations, de nombreux dispositifs et structures spécifiques ont ainsi vu le jour au fil des années, améliorant peu à peu le dispositif de prise en charge au niveau national.[résumé d'auteur].

**Mots-clés :** PRATIQUE DU SOIN ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE

---

**Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté / THOMAS Pierre (2015)**

<http://www.em-premium.com/article/976838>

Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté [Article] / THOMAS Pierre, Auteur; FOVET Thomas, Auteur; AMAD Ali, Auteur

**ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 173 n°4 (2015).** - 348-351

**Note générale:** 9 réf. bibliogr./Fig.

**Résumé:** L'ensemble des rapports sur les prisons françaises et les quelques études menées en milieu pénitentiaire confirment que l'état de santé des détenus est bien plus altéré que celui des personnes de même âge et de même condition. La santé mentale n'échappe pas à ce constat, car un détenu sur sept souffre d'une maladie mentale. Aussi, la mise à disposition de recours aux soins à l'intérieur même des établissements pénitentiaires est devenue une nécessité qui a été entendue par le législateur en France puisque plusieurs décrets ont amené à organiser les soins en milieu carcéral dans le champ de la médecine générale, de la

psychiatrie et de l'addictologie. Ce n'est cependant pas sans une certaine ambiguïté que se développent actuellement les soins psychiatriques en prison. En effet, la pratique des soins en milieu carcéral a souvent été l'objet d'un débat opposant les partisans d'un développement d'un système de soins spécifique au milieu pénitentiaire à ceux jugeant incompatible la pratique des soins en prison et estimant que les équipes de psychiatrie doivent rester hors de la prison. Il faut rajouter à cela les ambiguïtés d'une société qui, au fil des faits divers, peut hésiter entre soigner et punir les personnes souffrant de troubles mentaux ayant commis des actes médico-légaux. Quelles sont les perspectives de réponses aux besoins d'une population particulièrement exposée aux problématiques judiciaires ? Quelles mesures de prévention, de soins et de continuité des soins peuvent être envisagées ? [résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** DETENU ; EPIDEMIOLOGIE ; FRANCE ; OFFRE DE SOINS ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; PSYCHOSE CARCERALE ; REHABILITATION PSYCHOSOCIALE ; RISQUE SUICIDAIRE ; SOIN EXTRA HOSPITALIER

---

**Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? / FOVET Thomas (2015)**

<http://www.em-premium.com/article/1001339>

Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? [Article] / FOVET Thomas, Auteur; THOMAS Pierre, Auteur; AMAD Ali, Auteur

**ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 173 n°8 (2015).** - 726-730

**Note générale:** 31 réf. bibliogr.

**Résumé:** Plus de dix millions de personnes sont actuellement incarcérées dans le monde. Au sein de la population carcérale, les pathologies psychiatriques apparaissent au premier plan avec une fréquence 4 à 10 fois supérieure à celle retrouvée en population générale. Au-delà des nombreuses questions éthiques et sociétales que pose ce constat, ces observations ont conduit à la mise en place de dispositifs de soins spécifiques (SMPR, UHSA). Au sein de ces structures, la pratique psychiatrique doit rester fondée sur les mêmes recommandations qu'en milieu libre et l'évaluation clinique doit reposer strictement sur les mêmes bases qu'en pratique classique. Il apparaît cependant qu'un certain nombre de spécificités apparaissent quant aux tableaux cliniques rencontrés. Ces spécificités émergent d'abord d'un 'biais de sélection' aboutissant à la présence, en détention, de patients présentant un profil particulier. Ainsi, pour ce qui est de la schizophrénie et du trouble bipolaire, la prédominance d'une symptomatologie 'positive', qui a pu être associée dans certains travaux à un risque majoré de passage à l'acte médico-légal, est fréquemment mise en évidence. Ces aspects spécifiques proviennent également des caractéristiques particulières du milieu carcéral qui constitue un concentré de facteurs de stress. On peut ainsi mettre en évidence une symptomatologie aspécifique, le stress pouvant générer tout type de symptomatologie psychiatrique (anxiété, insomnie, crise suicidaire, décompensation psychotique, etc.) selon le modèle stress-vulnérabilité mais également une symptomatologie plus spécifique en lien avec les particularités des facteurs de stress en prison (conditions de détention, liens avec l'administration pénitentiaire, etc.). Nous développons ici deux exemples : les passages à l'acte auto-agressifs et les idées délirantes de persécution. Il nous apparaît indispensable, pour les professionnels de santé amenés à évaluer des patients incarcérés, de bien connaître les spécificités et les contraintes d'organisation de la vie en détention, afin d'intégrer ces aspects dans une évaluation clinique rigoureuse. [résumé d'auteur]

**Mots-clés :** ACTING ; MEDECINE LEGALE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL ; SYMPTOME POSITIF ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE

---

**Etre psychologue auprès des personnes placées sous main de justice / SAVIN Bernard (2015)**

<http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2015-4-page-303.htm>

Etre psychologue auprès des personnes placées sous-main de justice [Article] / SAVIN Bernard, Auteur  
**BULLETIN DE PSYCHOLOGIE vol 68 n°538-4 (2015).** - 303-309

**Résumé:** Après avoir situé historiquement l'intervention du psychologue clinicien en milieu carcéral, nous détaillerons les principales modalités de la loi du 17 juin 1998, puis celles régissant les soins sous contrainte. La place et la position du psychologue dans le cadre des soins sous contrainte seront ensuite évoquées. Nous considérerons l'obligation de soins ou l'injonction de soins comme un objet intermédiaire dans la rencontre entre le patient, le soignant et la justice. Ce concept d'objet intermédiaire est emprunté à la sociologie et nous semble pouvoir permettre d'approfondir notre réflexion de psychologue clinicien dans cette situation particulière de soins sous contrainte et, ainsi, de conserver, quels que soient les sollicitations de la justice, une écoute soignante.[Résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** JUSTICE ; OBLIGATION DE SOINS ; PRISON ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOLOGUE ; RELATION SOIGNANT SOIGNE

**Un nouveau dispositif de soin : l'UHSA. De l'idéal soignant à la réalité clinique... / BLANCHET Mariannick (2015)**

<http://www.cairn.info/revue-empan-2015-4-page-173.htm>

Un nouveau dispositif de soin : l'UHSA. De l'idéal soignant à la réalité clinique... [Article] / BLANCHET Mariannick, Auteur

**EMPAN n°100 (2015).** - 173-182

**Résumé:** La création des unités d'hospitalisation spécialement aménagées a suscité une nouvelle réflexion et organisation des soins où doivent se coordonner différents contextes : celui du carcéral, du judiciaire et du sanitaire. Sur le centre hospitalier G.-Marchant de Toulouse, une équipe pluridisciplinaire accueille et assure le suivi psychiatrique et psychologique des patients détenus autour d'un projet de soins spécifique. Constamment interrogé, il remet en question notre sens du soin, notre éthique et nos limites. C'est en tant que psychologue clinicienne que l'auteur propose de partager une expérience, un regard, des doutes et des interrogations, en étayant son propos sur les notions d'idéal soignant, de réalité clinique et de temporalité psychique. [résumé d'auteur]

**Mots-clés :** CAS CLINIQUE ; DEONTOLOGIE ; DETENU ; EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ; IDEAL DU MOI ; NARCISSISME ; PRATIQUE DU SOIN ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOLOGUE ; TEMPORALITE PSYCHIQUE ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE

---

**Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage / VANDERSTUKKEN Olivier (2015)**

<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-8-page-676.htm>

Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage [Article] / VANDERSTUKKEN Olivier, Auteur; GARAY Delphine, Auteur; BENBOURICHE Massil, Auteur; MOUSTACHE Bouchaib, Auteur

**INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 91 n°8 (2015).** - 676-686

**Résumé:** Les relations entre professionnels de la pénitentiaire et professionnels de la psychiatrie travaillant en prison sont complexes, difficiles et parfois tendues. Cet article propose un abord original pour traiter de ces difficultés : celui des représentations sociales. En effet, les uns et les autres ont de nombreux a priori et ce, tant à propos de leur profession que de celle de leur partenaire. Afin d'améliorer ce partenariat, il est donc nécessaire de pouvoir analyser ces représentations sociales, freins à la rencontre de l'autre. La promotion de la santé est présentée comme lieu possible d'échanges et de partage entre ces deux administrations, mais surtout entre ces professionnels de terrain nécessitant des lieux de rencontre constructifs et respectueux de leurs identités et de leurs différences.[Résumé d'auteur]

**Mots-clés :** DETENU ; IDENTITE PROFESSIONNELLE ; PERSONNEL PENITENTIAIRE ; PRISON ; PROFESSIONNEL DE SANTE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; RELATION PROFESSIONNELLE ; REPRESENTATION SOCIALE ; SURVEILLANT PENITENTIAIRE

---

**Le principe et la mise en œuvre de la liberté d'aller et de venir à l'hôpital psychiatrique / PECHILLON Eric (2015)**

Le principe et la mise en œuvre de la liberté d'aller et de venir à l'hôpital psychiatrique [Article] / PECHILLON Eric, Auteur; JONAS Carol, Auteur

**SANTE MENTALE n°199 (2015).** - 28-34

**Résumé:** Régulièrement, la question de la limitation de la liberté d'aller et de venir des patients ou des visiteurs se pose dans les services de psychiatrie. Le droit français permet sous certaines conditions de priver ou de diminuer provisoirement la liberté de circulation d'une personne à condition que cette décision soit prise par l'autorité compétente pour le faire et qu'elle soit strictement justifiée par les circonstances. En pratique, en plus des mesures prononcées par les juridictions judiciaires, il existe un cadre législatif permettant à l'autorité administrative (directeur de l'établissement ou représentant de l'Etat) d'agir afin de satisfaire l'intérêt général ou l'ordre public. A cela s'ajoute les décisions individuelles prises par le psychiatre dans l'intérêt du patient. Chaque restriction de la liberté individuelle est susceptible d'être contrôlée par un juge qui s'assurera du respect de la légalité et pourra, s'il estime qu'une faute a été commise, engager la responsabilité de l'auteur de la décision [Résumé d'auteur]

**Mots-clés :** ADMINISTRATION ; AUTORITE ; CONTROLE ; DETENU ; DROIT DE L'HOMME ; DROIT DU MALADE ; EXAMEN MEDICAL ; HOPITAL PSYCHIATRIQUE ; ISOLEMENT THERAPEUTIQUE ; JURISPRUDENCE ; LEGISLATION ; LIBERTE D'ALLER ET VENIR ; MINEUR ; REGLEMENT INTERIEUR ;

**Le parcours des patients dans une unité médico-judiciaire / MARC Bernard (2015)**

<http://www.em-premium.com/article/963614>

Le parcours des patients dans une unité médico-judiciaire [Article] / MARC Bernard, Auteur; HANAFY Isis, Auteur

**SOINS n°793 (2015).** - 23-26

**Résumé:** Exemple à l'hôpital de Marne la Vallée, d'une unité médico-judiciaire, lieu de soins destiné à recevoir et à examiner des consultants victimes de violences, mais aussi des auteurs d'agression. Pour qu'ils ne se croisent pas, des circuits différents ont été aménagés.[résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** AMENAGEMENT DES LOCAUX ; ARCHITECTURE ; DETENU ; MEDECINE LEGALE ; UNITE MEDICO JUDICIAIRE ; VICTIME

---

**Enjeux de la pratique de la psychothérapie en prison / THIRY Benjamin (2014)**

[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=PSYS\\_143\\_0185](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PSYS_143_0185)

Enjeux de la pratique de la psychothérapie en prison [Article] / THIRY Benjamin, Auteur; THIRIEZ Clara, Auteur  
**PSYCHOTHERAPIES vol 34 n°3 (2014).** - 185-192

**Note générale:** Notes/13 réf. bibliogr.

**Résumé:** Prévues certes par la loi, l'intervention psychologique auprès de personnes incarcérées constitue une pratique psychothérapeutique atypique. Les auteurs se proposent de dégager les particularités de cette pratique. Ils ont rencontré quatre psychologues travaillant dans des services d'aide aux justiciables bruxellois, et dégagé de ces entretiens trois grands thèmes : le caractère atypique de la demande psychologique en prison, l'articulation difficile entre les enjeux sécuritaires et thérapeutiques et les caractéristiques sociologiques et psychologiques de la population carcérale. Les auteurs proposent alors une réflexion sur le statut de la psychothérapie en milieu médico-légal. [résumé d'éditeur]

**Mots-clés :** ANALYSE DE LA PRATIQUE ; BELGIQUE ; CADRE THERAPEUTIQUE ; DEMANDE DE SOINS ; DETENU ; ENTRETIEN ; PRISON ; PSYCHOLOGUE ; PSYCHOTHERAPIE ; RECUEIL DE DONNEES

---

**Comment supporter la prison [dossier] / LAIEB Nahima (2014)**

<http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2014-4.htm>

Comment supporter la prison [dossier] [Article] / LAIEB Nahima, Auteur; MARTIN Jean-Pierre, Auteur; WACQUANT Loïc, Auteur; MORMONT Marinette, Auteur; OLIVET Fabrice, Auteur; JOEL Myriam, Auteur; LEON Julien, Auteur; DENANS Julien, Auteur; SARREAU Valérian, Auteur; QUIGNARD Jean-Marc, Auteur; DESCARPENTRIES Francis, Auteur; CHOMEL Javotte, Auteur; BERGER Pascal, Auteur; GUEGAN Frédéric, Auteur; POZYCKI Mathilde, Auteur

**VST : REVUE DU CHAMP SOCIAL ET DE LA SANTE MENTALE n°124 (2014).** - 9-82

**Résumé:** La prison existe, et probablement encore pour longtemps. Créée pour punir, elle est également censée être un lieu de réhabilitation de soi et de prévention des récidives. C'est ce versant 'éducatif' qui la rend supportable pour notre humanité. Mais on sait ce qu'il en est en réalité : peu de travail socio-éducatif, des soins médicaux largement perfectibles, des conditions de détention indignes... Alors, comment ceux qui y travaillent supportent-ils d'y intervenir ? Y a-t-il un travail possible en prison, qui respecte la dignité des personnes privées de liberté ? Quelles ouvertures y sont possibles, portées par les intervenants du quotidien et par des intervenants associatifs extérieurs à l'institution ? [résumé d'auteur]

**Mots-clés :** ATELIER THERAPEUTIQUE ; DETENU ; DROGUE ; FEMME ; FORMATION ; HOMME ; MALADE MENTAL ; MEDIATION THERAPEUTIQUE ; MORT ; PRECARITE ; PRISON ; PSYCHIATRE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOTHERAPIE ; RESPONSABILITE PENALE ; ROLE ; SEXUALITE ; SIDA ; SOCIETE ; SOLITUDE

---

**Les soins aux personnes détenues [dossier] / TERRAT Evelyne (2013)**

<http://www.em-premium.com/article/803075/article/les-soins-aux-personnes-detenu>

Les soins aux personnes détenues [dossier] [Article] / TERRAT Evelyne, Coordinateur; TREGUER Michèle, Auteur; LEROY Agnès, Auteur; THEODORE Hermanise, Auteur

**AIDE SOIGNANTE n°145 (2013).** - 9-20

**Résumé:** Véritable enjeu de santé publique, l'amélioration de la santé des personnes détenues a nécessité de

faire évoluer la législation afin d'organiser un dispositif de soins spécifique. Les pouvoirs publics s'emparent de cette problématique et élaborent des plans stratégiques afin de guider les actions de soin. Des aides-soignantes travaillent dans des structures spécialement dédiées à la prise en charge des détenus nécessitant des soins somatiques ou psychiatriques. Mais ceux-ci peuvent aussi être accueillis dans des établissements non spécialisés dans cette prise en charge, ce qui a un impact sur l'organisation des soins. [résumé d'auteur]

**Mots-clés :** AIDE SOIGNANT ; DETENU ; ETABLISSEMENT DE SANTE ; ORGANISATION SANITAIRE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PATHOLOGIE SOMATIQUE ; PRISE EN CHARGE ; REFORME ; ROLE ; SANTE PUBLIQUE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL ; SOIN

---

**Les auteurs de violences sexuelles en unité pour malades difficiles / BARATTA Alexandre; SENNINGER, Jean-Luc; AROUDJ Samuel (2013)**

Les auteurs de violences sexuelles en unité pour malades difficiles [Article] / BARATTA Alexandre, Auteur; SENNINGER, Jean-Luc, Auteur; AROUDJ Samuel, Auteur  
**ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 171 n°8 (2013).** - 513-517

**Mots-clés**

abus sexuel ; PARAPHILIE ; PERVERSION ; TROUBLE DE LA PERSONNALITE ; UNITE POUR MALADES DIFFICILES

---

**L'UCSA : Moi-peau au sein de la prison / MAZET Charlotte (2013-2014)**

<http://dx.doi.org/10.3917/lcp.176.0041>

L'UCSA : Moi-peau au sein de la prison [Article] / MAZET Charlotte, Auteur  
**CARNET PSY n°176 (2013).** - 41-45

**Note générale:** Bibliogr.

**Résumé:** Les lieux de soins mis à la portée des détenus (SMPR, UCSA) permettent de considérer ces derniers comme des patients, et donc comme des êtres humains, malgré les crimes et délits commis. La sanction inévitable de ces actes, peut-être dès lors accompagnée de mots, débouchant ainsi sur la réflexion autour de soi et de l'acte en lui-même. Un des objectifs du thérapeute en UCSA serait donc de permettre au patient-détenu de passer d'un état de non-pensée à l'ébauche d'un travail psychique. L'enfermement, accompagné d'un lieu humanisé, 'contenant', 'enveloppant' peut ainsi permettre au patient-détenu de sortir de ce fonctionnement pulsionnel lors de l'incarcération ou encore de façon plus durable ; l'expérience thérapeutique de Tony et Mr P. au sein de l'UCSA vient illustrer ce constat. [d'après le résumé de l'auteur]

**Mots-clés**

CAS CLINIQUE ; CONSULTATION ; ENVELOPPE PSYCHIQUE ; ETAT LIMITE ; NARCISSISME ; PASSAGE A L'ACTE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; PSYCHANALYSE ; SOIN PSYCHIATRIQUE

---

**L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé / PANFILI, Jean-Marc (2013)**

L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé [Article] / PANFILI, Jean-Marc, Auteur  
**DROIT DEONTOLOGIE&SOIN vol 13 n°1 (2013).** - 9-15

**Mots-clés**

CONSENTEMENT AUX SOINS ; DETENU ; HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; QUALITE DES SOINS ; SECURITE

---

**Psychiatrie en milieu pénitentiaire / BODON BRUZEL Magali (2013)**

<http://www.em-premium.com/article/758144/psychiatrie-en-milieu-penitentiaire>

Psychiatrie en milieu pénitentiaire [Article] / BODON BRUZEL Magali, Auteur  
**EMC PSYCHIATRIE vol 10-1 n°37-953-A-10 (2013).** - 1-17

**Note générale:** 83 réf. bibliogr.

**Résumé:** La psychiatrie est formellement exercée en milieu pénitentiaire depuis les aliénistes, dont la préoccupation pour les malades mentaux détenus fonde des dispositions actuelles du Code pénal et de l'organisation des soins. Dans la deuxième partie du XXe siècle, l'implication et l'amplification de l'action

soignante ont entraîné l'attribution de la prise en charge de la santé psychique des personnes détenues, puis l'ensemble des soins somatiques dans toutes les prisons françaises au ministère de la Santé. Actuellement, les personnes détenues constituent un véritable territoire de santé. Plusieurs enquêtes successives montrent l'importance de la fragilité sociale, somatique et psychiatrique de cette population. Les conduites addictives et les problématiques suicidaires sont surreprésentées. De ce fait, les évolutions législatives ont visé à améliorer l'offre et les dispositifs de soins, en particulier au plan psychiatrique, en créant notamment les unités hospitalières spécialement aménagées. L'organisation et le déroulement des soins psychiatriques au sein de la détention se calquent souvent sur le trajet pénal du patient détenu, et prennent en compte les situations particulières dues aux événements de vie importants, ou intrinsèques, comme celles des mineurs et des femmes. Les relations constantes avec les partenaires notamment avec le monde pénitentiaire, et tout particulièrement la question du secret médical, doivent être abordées avec franchise et recul. Les visages de la clinique psychiatrique en milieu carcéral, qui peuvent être spécifiques ou particuliers comme les personnalités à expression psychopathique ou les auteurs d'infractions à caractère sexuel, ou surreprésentés comme les conduites suicidaires, les conduites addictives et les psychotiques, sont décrits et présentés dans un cadre de pratique de prise en charge. L'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral est interpellé par les idées et les effets de l'ensemble des courants sociétaux, et sa place doit être rappelée et affirmée autour des valeurs éthiques et humaines sur lesquelles elle se fonde. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

ADDICTION ; AGRESSION SEXUELLE ; DETENU ; EVOLUTION ; HISTORIQUE ; JUSTICE ; LEGISLATION ; ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; PSYCHOSE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL ; SOIN AMBULATOIRE ; SOIN PSYCHIATRIQUE ; SUICIDE ; TERRITOIRE DE SANTE ; UNITE HOSPITALIERE SECURISEE INTERREGIONALE ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE

---

#### **UHSA du Vinatier : patients d'abords, détenus encore [reportage] / DEBELLEIX Emmanuelle (2013)**

UHSA du Vinatier : patients d'abords, détenus encore [reportage] [Article] / DEBELLEIX Emmanuelle, Auteur  
**INFIRMIERE MAGAZINE n°324 (2013)**. - 16-21

**Note générale:** III.

**Résumé:** Ouverte depuis trois ans, l'UHSA du Vinatier accueille des détenus atteints de troubles psychiatriques. Cette 'structure médicale avec sécurité périmétrique ' reste un lieu de soins, où, pas à pas, les soignants tentent de soulager de brûlantes souffrances [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

DETENU ; DISTANCE THERAPEUTIQUE ; EQUIPE SOIGNANTE ; INFIRMIER ; MEDIATION THERAPEUTIQUE ; PSYCHIATRIE ; UNITE DE SOIN ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE

---

#### **Fonctions thérapeutiques de l'accueil en CSAPA / PICARD Edwige (2013)**

<http://dx.doi.org/10.3917/jdp.304.0067>

Fonctions thérapeutiques de l'accueil en CSAPA [Article] / PICARD Edwige, Auteur; COURCY Sybille de, Auteur

**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°304 (2013)**. - 67-70

**Résumé:** Que signifie pour un patient de franchir le pas d'un centre de soins ? Que cela suppose-t-il pour un patient en proie à des tourments qu'il ne peut apaiser seul ? L'accueil, ce sas entre l'extérieur, la relation avec les autres et les soins, constitue déjà un espace thérapeutique. [Résumé d'éditeur]

#### **Mots-clés**

ACCUEIL ; CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE ; THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE

---

#### **La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients / ALDERSON Marie (2013)**

La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients [Article] / ALDERSON Marie, Auteur; SAINT-JEAN Micheline, Auteur; THERRIAULT Pierre-Yves, Auteur; RHEAUME Jacques, Auteur; RUELLAND Isabelle, Auteur; LAVOIE Myriam, Auteur

**RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°113 (2013)**. - 95-106

**Résumé:** [...]L'objectif de cet article est de décrire, à partir de données d'une enquête en psychodynamique du travail et d'une revue des écrits, la pratique de l'infirmière et de l'infirmier en milieu carcéral à sécurité maximale. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

CONDITION DE TRAVAIL ; DETENU ; INFIRMIER ; PRATIQUE PROFESSIONNELLE ; PRISON ; SANTE

---

**Historique et évolution de l'organisation des soins en milieu carcéral / BODON BRUZEL Magali (2013)**  
<http://www.em-consulte.com/article/803079/historique-et-evolution-de-lorganisation-des-soins>

Historique et évolution de l'organisation des soins en milieu carcéral [Article] / BODON BRUZEL Magali, Auteur  
**REVUE DE L'INFIRMIERE vol 62 n°189 (2013)**. - 16-19

**Note générale:** 15 réf. bibliogr.

**Résumé:** C'est à la veille de la Révolution française, avec le courant hygiéniste et philanthropique, que le regard porté sur la santé des personnes incarcérées, y compris leur santé mentale, commence à évoluer. Les soins psychiatriques aux personnes détenues ne seront cependant généralisés qu'après la seconde guerre mondiale. Tour d'horizon d'un secteur de soins encore mal connu. [résumé d'éditeur]

**Mots-clés**

CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE ; HISTORIQUE ; HOSPITALISATION D'OFFICE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; SOIN PSYCHIATRIQUE ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE

---

**Prendre soin et promouvoir la santé des personnes détenues / WARNET Sylvie (2013)**

<http://www.em-consulte.com/article/785733/article/prendre-soin-et-promouvoir-la-sante-des-personnes->

Prendre soin et promouvoir la santé des personnes détenues [Article] / WARNET Sylvie, Auteur  
**REVUE DE L'INFIRMIERE vol 62 n°188 (2013)**. - 27-28

**Résumé:** Tout lieu de soin est le théâtre d'une relation singulière entre une personne en demande de soin et un soignant habilité à y répondre. Lorsque ce lieu est clos, parce que les patients hospitalisés sont aussi incarcérés, la relation soignante existe-t-elle avec la même authenticité ? C'est ce à quoi veille quotidiennement Michèle Tréguer à l'établissement public de santé national de Fresnes. Rencontre avec une soignante de conviction. [résumé d'éditeur]

**Mots-clés**

CONSULTATION ; DETENU ; HOSPITALISATION ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; SOIN

---

**Soigner en unité hospitalière spécialement aménagée [dossier] / BOURGEOIS Françoise (2013)**

Soigner en unité hospitalière spécialement aménagée [dossier] [Article] / BOURGEOIS Françoise, Directeur de publication

**REVUE DE L'INFIRMIERE vol 62 n°189 (2013)**. - 15-28

**Résumé:** La prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux connaît de réels progrès depuis ces vingt dernières années. Cependant, il est difficile de prendre en charge ces personnes dans le milieu carcéral car la prison n'est pas un lieu de soins. Ainsi la récente création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), installées au sein de l'hôpital, favorise de meilleures conditions d'hospitalisation. Cette évolution montre une volonté de prendre soin des personnes détenues, tout en garantissant la sécurité de la société civile. [résumé d'éditeur]

**Mots-clés**

DETENU ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; SOIN PSYCHIATRIQUE ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE

---

**Médecine en milieu carcéral [dossier] / FIX Michel (2013)**

Médecine en milieu carcéral [dossier] [Article] / FIX Michel, Directeur de publication; PAULET Catherine, Auteur; VALANTIN Marc-Antoine, Auteur; DAGAIN Caroline, Auteur; BRAHMY Betty, Auteur

**REVUE DU PRATICIEN vol 63 n°1 (2013)**. - 75-96.

**Note générale:** Bibliogr. dissem./glossaire

**Résumé:** Soigner un(e) détenu(e), c'est se soumettre à une relation particulière dont le principe est 'soigner sans juger'. L'entrée de l'hôpital dans la prison a permis de mettre au jour les aménagements des pratiques professionnelles soignantes dans un univers échappant à l'ordre hospitalier. Les pratiques pénitentiaires elles-mêmes ont dû intégrer les valeurs humanitaires liées aux soins. La prison reste malgré tout un lieu de contradiction, entre exigences sécuritaires et accès aux soins. Néanmoins, la décision judiciaire qui prive une personne de sa liberté en l'incarcérant ne saurait la priver de tous ses autres droits, reconnus à chacun, et en particulier, l'accès aux soins identiques à ceux d'une personne libre. Certaines catégories de personnes placées sous main de justice posent des problèmes de prise en charge spécifique : mineurs, personnes âgées,



personnes à mobilité réduite, femmes, enfants nés en prison ou placés auprès de leur mère jusqu'à l'âge de 18 mois, étrangers (accès aux interprètes), pathologies psychiatriques graves. Les missions de santé sont identiques dans tous les établissements pénitentiaires quel que soit le type de ces établissements, de même que les principes d'organisation et de fonctionnement. Toutefois, la nature et la charge de travail diffèrent selon qu'il s'agit d'une maison d'arrêt caractérisée par un renouvellement rapide de la population placée sous main de justice ou d'un établissement accueillant des personnes condamnées à de moyennes et longues peines [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

CONSENTEMENT AUX SOINS ; CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE ; DETENU ; FEMME ; ISOLEMENT ; LEGISLATION ; MEDECINE ; MINEUR ; MORBIDITE ; OFFRE DE SOINS ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; SECRET MEDICAL ; SOIN PSYCHIATRIQUE ; STATISTIQUE ; VIOLENCE

---

#### **Régime juridique du détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ? / GATE, Juliette (2013)**

Régime juridique du détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ? [Article] / GATE, Juliette, Auteur

**REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL n°47 (2013).** - 51-72

**Note de contenu:** Sommaire :

- I.I. Malade psychiatrique et détenu : la tentation d'une double peine
- A. Préoccupation juridique sécuritaire : l'hôpital en prison ou la prison à l'hôpital
- B. Approche pratique : détenu pour les soignants, malade pour la pénitentiaire
- II. Malade psychiatrique et détenu : vers une double protection
- A. Un cumul de libertés
- B. Des libertés surveillées

#### **Mots-clés**

DETENU ; DROIT ; LEGISLATION ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; PSYCHIATRIE

---

#### **Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme / COUTANCEAU, Roland (2012)**

Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme [Article] / COUTANCEAU, Roland, Auteur

**INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 88 n°8 (2012).** - 641-646

**Résumé:** Pour éclairer la question de la récidive, il y a lieu dans un premier temps de distinguer la dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique. La dangerosité criminologique est l'évaluation d'un risque de récidive d'un sujet ayant commis un premier passage à l'acte. Il s'agit d'une évaluation probabiliste d'un risque d'un autre passage à l'acte d'un sujet qui le plus souvent n'est pas un malade mental mais qui présente des troubles de la personnalité. A contrario, la dangerosité psychiatrique traduit la présence d'un trouble mental (au moment des faits) qui justifie une hospitalisation en milieu psychiatrique. Dit autrement, même si l'intéressé n'avait pas commis de passage à l'acte au moment considéré, l'évaluation psychiatrique de son état clinique orienterait, en tout état de cause, vers une hospitalisation en milieu psychiatrique, le plus souvent par une mesure de soins sous contrainte : hospitalisation à la demande d'un tiers sur décision du directeur d'établissement (SDDE) ou hospitalisation sur décision du représentant de l'état (SDRE) suite à un certificat médical. La dangerosité criminologique est un concept intéressant mais polémique du fait qu'il pose à la fois un questionnement scientifique, quant à sa pertinence, et également une problématique éthique, quant à son éventuelle application.[résumé d'éditeur]

#### **Mots-clés**

BILAN PSYCHOLOGIQUE ; CHAMBRE D'ISOLEMENT ; CONCEPT ; CRIMINOLOGIE ; DANGEROUSITE ; EVALUATION ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PREVENTION MEDICALE ; RECIDIVE

---

#### **La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital / SECHTER, Daniel (2012)**

La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital [Article] / SECHTER, Daniel, Auteur

**INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 88 n°8 (2012).** - 631-640

**Résumé:** Le Modèle Intégratif français d'articulation Santé Justice, issu de l'ouverture de la Psychiatrie aux différents champs de la société, apporte de nombreuses ressources aux disciplines qu'il met en relation. Il

permet de plus une prise en charge globale et humaine des personnes atteintes de troubles psychiques placées sous-main de Justice, et favorise ainsi leur réinsertion dans la société. A l'heure d'un système néolibéral centré sur l'individualisme et l'insécurité, cette organisation est exposée à des risques d'instrumentalisation par les gouvernants, qui tentent de reprendre un contrôle direct sur la sécurité publique. On observe en ce sens un nouvel essor de la notion de 'dangerosité', associé à un double mouvement de judiciarisation des malades mentaux et de 'traitement' de tous les autres qui permet d'utiliser la Psychiatrie comme un outil sécuritaire supplémentaire, celle-ci étant alors confondue avec la Criminologie. Le Modèle Intégratif semble ainsi évoluer progressivement vers une organisation ségrégative de 'Défense Sociale', constituée de filières de prise en charge répondant mieux à ces nouvelles préoccupations politiques.[Résumé d'éditeur]

#### **Mots-clés**

CRIMINOLOGIE ; DANGEROUSITE ; ETUDE COMPARATIVE ; EXPERTISE JUDICIAIRE ; HOPITAL PSYCHIATRIQUE ; MODELE DE SOINS ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; PSYCHIATRIE

---

#### **Actions de promotion de la santé en milieu carcéral / DECHET Fabienne (2012)**

<http://www.em-premium.com/article/702466>

Actions de promotion de la santé en milieu carcéral [Article] / DECHET Fabienne, Auteur

**SOINS n°762 (2012).** - 18-21

**Résumé:** Les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité des soins que la population générale. Pour s'inscrire dans des projets de promotion de la santé auprès des détenus, les infirmiers doivent développer des compétences relationnelles et une motivation pour rendre le patient responsable de sa santé.

#### **Mots-clés**

ACCES AUX SOINS ; DETENU ; EDUCATION POUR LA SANTE ; INFIRMIER ; PRISON ; UCSA ; UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES

---

#### **La psychiatrie en milieu pénitentiaire : chronique d'une pratique psychiatrique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan / BENEZECH Michel (2011)**

<http://www.em-premium.com/article/678180>

La psychiatrie en milieu pénitentiaire : chronique d'une pratique psychiatrique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan [Article] / BENEZECH Michel; DANDELLOT, D; REMUS, A

**ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 169 n°10 (2011).** - 638-642

**Note générale:** Réf.

**Résumé:** Après une présentation de la population pénale, nous passons en revue des facteurs qui pourraient être considérés comme banaux en pratique courante. Nous sommes confrontés à l'interface d'une structure judicio-pénitentiaire rigide et d'une demande de soins protéiforme, tant sur le plan clinique que criminologique, en fonction de la nature des arrivants. Si des structures spécialisées ont été créées (SMPR) et se développent encore (UHSA), c'est bien la confirmation que la prison ne peut prendre en charge correctement une marge psychopathologique de notre société encore renvoyée dans une organisation supplémentaire d'exclusion. La prison devient alors un facteur de récurrence souvent limité à une approche médicale. Les empilages législatifs, avec leurs priorités sécuritaires, montrent les demandes qui visent à faire sortir les professionnels de santé de leur rôle de soignant. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

AGRESSIVITE ; DETENU ; PRATIQUE PROFESSIONNELLE ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; SECRET MEDICAL ; SOIN PSYCHIATRIQUE

---

#### **Soins aux personnes détenues [Dossier] / PETON KLEIN D (2011)**

Soins aux personnes détenues [Dossier] [Article] / PETON KLEIN D, Auteur

**GESTIONS HOSPITALIERES n°506 (2011).** - 298-359

#### **Mots-clés**

ACCOMPAGNEMENT ; ADDICTION ; APPARTEMENT THERAPEUTIQUE ; CONTINUITÉ DES SOINS ; DETENU ; EDUCATION POUR LA SANTE ; MEDIATION THERAPEUTIQUE ; ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ; PARCOURS DE SOINS ; PERSONNEL HOSPITALIER ; PRATIQUE DU SOIN ; PRISE EN CHARGE ; PROTECTION SOCIALE ; PSYCHIATRIE ; REFORME HOSPITALIERE ; REGLEMENTATION ; SANTE MENTALE ; SOIN ; SOIN BUCCO DENTAIRE ; TOXICOMANIE

---

### **Incitation aux soins : apports et 'dérives' / PATURAL, Christophe (2011)**

Incitation aux soins : apports et 'dérives' [Article] / PATURAL, Christophe; BLEIRAD Aurélie

**SANTE MENTALE n°158 (2011)**. - 14-18

**Résumé:** La tendance de la Justice reste aujourd'hui axée sur des 'obligations' de soins qui sont en réalité des 'incitations', puisque le Juge d'Application des Peines (JAP) ne peut vraiment contraindre un détenu à se soigner qu'à sa sortie de prison. Le soin est alors pris en otage entre 'le sentiment d'obligation' du détenu vis-à-vis de la juge (et de l'aménagement de peine) et la réelle nécessité d'une demande d'aide. L'incitation aux soins peut ainsi tuer le soin puisque certains patients n'y voient un intérêt que pour les bénéfices secondaires. Si leur démarche auprès du psychologue est alors volontaire, elle n'est pas motivée par la volonté de se soigner [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

AGRESSEUR ; ALLIANCE THERAPEUTIQUE ; DETENU ; MOTIVATION ; OBLIGATION DE SOINS ; PSYCHOLOGUE ; REDUCTION DE PEINE ; RESISTANCE

---

### **Les UHSA ne sont pas des alibis humanitaires / LAMOTHE, Pierre (2010)**

Les UHSA ne sont pas des alibis humanitaires [Article] / LAMOTHE, Pierre

**CAHIERS HOSPITALIERS n°269 (2010)**. - 29-30

#### **Mots-clés**

DETENU ; ETUDE CRITIQUE ; ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; UNITE D'HOSPITALISATION SPECIALEMENT AMENAGEE

---

### **Accès aux soins : de l'incompatibilité entre soins et détention / BIZEUL Chantal (2010)**

Accès aux soins : de l'incompatibilité entre soins et détention [Article] / BIZEUL Chantal

**GESTIONS HOSPITALIERES n°493 (2010)**. - 110-122

**Résumé:** Le 18 janvier 1994 était promulguée la loi 94-43 qui attribuait au service public hospitalier les soins dispensés aux personnes incarcérées tout en leur reconnaissant un droit à une qualité de soins équivalente à celle offerte à toute personne libre. Cette réforme devait constituer 'une véritable révolution sanitaire dans le milieu pénitentiaire'. Si l'avancée a été réelle, l'application des objectifs de la réforme n'a cessé de se heurter à de nombreuses difficultés, notamment liées aux conditions, ainsi qu'au mode d'organisation et de fonctionnement de cet univers de contraintes si particulier qu'est la prison. Quinze ans après le vote de la loi, force est de constater que l'écart demeure patent entre une situation de droit et une situation de fait. À partir des années 1990, après une longue période d'immobilisme, la prison s'est ouverte sur l'extérieur et suscite aujourd'hui davantage l'intérêt, comme le montre la très récente loi pénitentiaire, attendue depuis fort longtemps. Peut-on espérer enfin que soit exaucé le vœu émis en l'an 2000 par l'Assemblée nationale: citoyen libre ou citoyen détenu, 'la garantie des droits est la même, le détenu n'étant privé que de sa liberté d'aller et venir' ? L'auteur s'est entretenu avec Michel Vaujour, détenu vingt-sept ans dans différents établissements, avant de réfléchir à l'incompatibilité entre soins et détention née de la loi 1994. [résumé d'éditeur]

#### **Mots-clés**

ACCES AUX SOINS ; CONTINUITÉ DES SOINS ; DETENU ; HOSPITALISATION ; HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE ; INTIMITÉ ; LEGISLATION ; PRISE EN CHARGE ; PRISON ; RESPECT ; SANTE ; TEMOIGNAGE

---

### **Schizophrénie et détention : angles d'approche / DAVID, M (2010)**

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/e-docs/00/04/54/04/resume.phtml>

Schizophrénie et détention : angles d'approche [Article] / DAVID, M

**INFORMATION PSYCHIATRIQUE vol 86 n°2 (2010)**. - 181-190

**Note générale:** Bibliogr.

**Résumé:** Kurosawa dans son film Rashomon présente un viol à partir des versions des divers protagonistes. Selon le rôle, les places, les intérêts, les émotions, les passions des uns ou des autres, les versions diffèrent. Rien 'd'objectif'. Les troubles schizophréniques et la détention peuvent aussi s'appréhender en fonction du point de vue des protagonistes. A la barre peuvent notamment être appelés l'historien, l'épidémiologiste, le juge, l'expert, le personnel pénitentiaire, les psychiatres des SMPR-DSP et des secteurs, le politique et l'administratif. Chacun jurera de dire la vérité. Celle qu'il faut mi-dire ou celle qu'il est impossible à dire car les mots y manquent comme disait l'Autre. Quid de l'irresponsable responsabilisé ou du responsable irresponsabilisé ?

Aura-t-il voix au chapitre ? Ces éclairages multiples peuvent-ils aider à mieux percevoir l'évolution des concepts et à infléchir nos pratiques ? [Résumé d'éditeur]

#### **Mots-clés**

DANGEROUSITE ; DETENU ; EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ; JUDICIARISATION DES SOINS ; RESPONSABILITE PENALE ; SCHIZOPHRENIE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL

---

#### **La folie à l'ombre / LACHEB BOUKACHACHE, Aïssa (2010)**

La folie à l'ombre [Article] / LACHEB BOUKACHACHE, Aïssa

**OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT n°186 (2010).** - 37-39

**Résumé:** Au-delà de l'exercice infirmier, le milieu carcéral est un endroit paradoxal où crimes et délits côtoient la folie. Parfois, la frontière entre l'irresponsabilité face à l'acte et la responsabilité du délit est mince, et le temps nécessaire à cette distinction primordiale manque dans l'organisation judiciaire. Point sur l'évolution des conditions d'incarcération des malades mentaux, ceux pour qui la maladie n'a pas été perçue avant leur procès. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

CONDITION DE VIE ; DETENU ; EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ; HISTORIQUE ; HUMANISME ; INFIRMIER ; MALADE MENTAL ; PRISON ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; SOIN

---

#### **Jurisprudence sur les droits fondamentaux / DEVERS, Gilles (2010)**

Jurisprudence sur les droits fondamentaux [Article] / DEVERS, Gilles

**OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT n°186 (2010).** - 11-13

**Résumé:** Poursuivons l'analyse des fondamentaux du droit. Après les quelques articles qui fondent le droit de la santé, voici, en deux volets, la jurisprudence. Aujourd'hui celle relative aux droits fondamentaux, qui irrigue tout la matière, et bientôt celle relative à la responsabilité en santé. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

CONDITION DE VIE ; CONSENTEMENT AUX SOINS ; DETENU ; DROIT ; DROIT CONSTITUTIONNEL ; DROIT DE L'HOMME ; DROIT DE LA PERSONNE ; EUTHANASIE ; JURISPRUDENCE ; LIBERTE ; MALTRAITANCE ; RESPECT ; VIE PRIVEE

---

#### **Un dispositif de soins adapté aux détenus / EMERAUD, Pierre-Yves (2010)**

<http://www.em-consulte.com/article/246825>

Un dispositif de soins adapté aux détenus [Article] / EMERAUD, Pierre-Yves

**SOINS PSYCHIATRIE n°267 (2010).** - 32-35

**Note générale:** bibliogr.

**Résumé:** Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui ont remplacé en 1986 les centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) créés en 1967, constituent le pivot du dispositif de la psychiatrie publique de secteur au sein de la population carcérale. Au sein de ces structures, des équipes psychiatriques œuvrent depuis de longues années pour pratiquer des soins auprès d'auteurs de violences sexuelles (AVS). Les soignants, dans la rencontre avec les détenus, sont garants d'une position thérapeutique, qui se révèle éprouvante. L'infirmier doit développer des capacités de prise de recul ou d'analyse et participer aux supervisions des pratiques. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

AGRESSEUR ; ATTITUDE DU PROFESSIONNEL ; CADRE THERAPEUTIQUE ; CONTRE TRANSFERT ; DETENU ; ENTRETIEN INFIRMIER ; PRISE EN CHARGE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL ; TRAVAIL EN EQUIPE ; TROUBLE DE LA PERSONNALITE

---

#### **Un programme thérapeutique pour les personnes détenues / BODON BRUZEL Magali (2010)**

<http://www.em-consulte.com/article/246824>

Un programme thérapeutique pour les personnes détenues [Article] / BODON BRUZEL Magali

**SOINS PSYCHIATRIE n°267 (2010).** - 29-31

**Note générale:** Bibliogr./Tabl.

**Résumé:** Le centre pénitentiaire de Fresnes (94) a récemment restructuré son dispositif de soins. Sous

l'impulsion du psychiatre, l'équipe soignante propose désormais une prise en charge spécifique pour des patients non psychotiques. Cette spécificité repose sur la mise en œuvre d'un programme composé de plusieurs séances pour des groupes de patients. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

AGRESSEUR ; AGRESSION ; CADRE THERAPEUTIQUE ; DETENU ; OBLIGATION DE SOINS ; PRISE EN CHARGE ; PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE ; SERVICE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL ; UNITE DE SOIN PSYCHIATRIQUE ; VILLE FRESNES

---

#### **Groupe de parole en milieu carcéral / CLAVAIROLY, E (2009)**

Groupe de parole en milieu carcéral [Article] / CLAVAIROLY, E; PITEL BUTTEZ, MA  
**JOURNAL DES PSYCHOLOGUES n°266 (2009)**. - 63-66

**Note générale:** Bibliogr.

**Résumé:** Animer des groupes de parole en prison, c'est tout d'abord ouvrir une brèche de possibles, à dire et à penser, dans un univers dominé par la contrainte et l'agir. Le cadre posé est certes contraignant, ou peut-être vécu comme tel par ces patients pour la plupart psychotiques, mais sa fonction de contenance offre, par là même, un véritable espace de liberté : celle qui autorise à être soi-même et à élaborer un sentiment d'appartenance. Lieu de soin au sein d'une institution réputée pour la violence de ce à quoi elle confronte, son existence est une nécessité démontrée pour l'ensemble même de la dynamique institutionnelle. [résumé d'auteur]

#### **Mots-clés**

CADRE THERAPEUTIQUE ; DETENU ; GROUPE DE PAROLE ; PRISON

---

#### **La santé en prison : quelle législation ? / BERGOIGNAN ESPER Claudine (2009)**

La santé en prison : quelle législation ? [Article] / BERGOIGNAN ESPER Claudine  
**REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL n°3 (2009)**. - 497-509

#### **Mots-clés**

CONSENTEMENT AUX SOINS ; DETENU ; EDUCATION POUR LA SANTE ; LOI DU 18 JANVIER 1994 ; PREVENTION ; PRISON ; PSYCHIATRIE ; SOIN AMBULATOIRE

---

#### **Des unités d'hospitalisation sécurisées inter régionales pour les soins somatiques aux détenus / PETON, P (2009)**

Des unités d'hospitalisation sécurisées inter régionales pour les soins somatiques aux détenus [Article] / PETON, P; GAUDRON, M

**SOINS CADRES n°70 (2009)**. - 34-36

**Note générale:** Bibliogr.

**Résumé:** La dispensation des soins somatiques en milieu hospitalier s'effectue depuis 2004 pour la population carcérale au sein des huit unités d'hospitalisation sécurisées inter régionales (UHSI) réparties sur l'ensemble du territoire national. Second maillon de la prise en charge sanitaire de la population pénale, il sera complété par le volet des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) pour les soins psychiatriques. Retour d'expérience avec l'UHSI de Nancy (54) après cinq années de fonctionnement. [résumé d'éditeur]

#### **Mots-clés**

ACCES AUX SOINS ; CONSULTATION ; ORGANISATION DE L'HOSPITALISATION ; SECURITE ; UNITE DE SOIN ; UNITE HOSPITALIERE SECURISEE INTERREGIONALE ; UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE ; VILLE NANCY

---

#### **Les soins psychiatriques entre prison et hôpital psychiatrique / POLI, A (2006)**

Les soins psychiatriques entre prison et hôpital psychiatrique [Article] / POLI, A  
**PERSPECTIVES PSY vol 45 n°4 (2006)**. - 367-372

#### **Mots-clés**

DETENU ; HOSPITALISATION D'OFFICE ; HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE ; OBLIGATION DE SOINS ; PRISON ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; SOIN PSYCHIATRIQUE

---

---

### **Soigner en prison : un paradoxe ? / MARMIN, G (2005)**

Soigner en prison : un paradoxe ? [Article] / MARMIN, G  
**OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT n°139 (2005)**. - 28-31

#### **Mots-clés**

ACCES AUX SOINS ; DETENU ; INFIRMIER ; PRISON ; ROLE ; UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES

---

### **A propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire / BEAUREPAIRE Christiane de (2005)**

A propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire [Article] / BEAUREPAIRE Christiane de  
**PERSPECTIVES PSY vol 44 n°3 (2005)**. - 219-225

#### **Thésaurus DOC**

CONTINUE DE SOINS

#### **Mots-clés**

ACTION SOCIALE ; CONSULTATION MEDICALE ; DANGEROUSITE ; DETENU ; INSERTION SOCIALE ; JUSTICE ; PARTENARIAT ; PRECARITE ; PREVENTION ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; SERVICE EXTRA HOSPITALIER ; SORTIE

---

### **Exercer en milieu carcéral / POINDRON, P (2005)**

Exercer en milieu carcéral [Article] / POINDRON, P; MARTIN, N; MIGLIORINO, RE  
**REVUE DE L'INFIRMIERE n°116 (2005)**. - 23-26

#### **Mots-clés**

DETENU ; DISTANCE THERAPEUTIQUE ; ENTRETIEN INFIRMIER ; INFIRMIER ; prendre soin ; PREVENTION ; PRISON ; RELATION D'AIDE ; RELATION SOIGNANT SOIGNE ; RESPONSABILITE ; SANTE PUBLIQUE ; SECRET PROFESSIONNEL ; SOIN AMBULATOIRE ; TEMOIGNAGE ; UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES

---

### **Les actions mises en place pour prévenir le suicide chez les détenus / TERRA, JL (2005)**

Les actions mises en place pour prévenir le suicide chez les détenus [Article] / TERRA, JL  
**SOINS n°701 (2005)**. - 42-46

#### **Mots-clés**

DETENU ; DROIT - JUSTICE ; PREVENTION MEDICALE ; PRISON ; RISQUE SUICIDAIRE ; SUICIDE ; UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES

---

### **L'évolution du secteur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire / PAULET, C (2005)**

L'évolution du secteur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire [Article] / PAULET, C  
**SOINS n°701 (2005)**. - 33-35

#### **Mots-clés**

DETENU ; DROIT - JUSTICE ; EVOLUTION ; MORBIDITE ; PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE ; PRISON ; PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE ; UNITE D'HOSPITALISATION SPECIALEMENT AMENAGEE ; UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES ; UNITE DE SOIN PSYCHIATRIQUE

---

### **L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : procédures, modalités et stratégies thérapeutiques / LAFAY, N; PAPET, N; MANZANERA, C (2000)**

L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : procédures, modalités et stratégies thérapeutiques [Article] / LAFAY, N; PAPET, N; MANZANERA, C

**ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES vol 158 n°6 juin (2000)**. - pp 446-459

**Résumé:** En milieu pénitentiaire, les équipes de psychiatrie de secteur doivent rapidement dépister les troubles

mentaux afin de les orienter éventuellement vers une expertise rapide qui pourra ou non retenir l'application de l'article 122-1 du code pénal ou proposer une hospitalisation. L'équipe psychiatrique doit également établir dans le temps la place et l'identité des soignants.

**Thésaurus DOC**

EQUIPE THERAPEUTIQUE ; HOSPITALISATION OFFICE ; UNITE MALADE DIFFICILE

**Mots-clés**

ARTICLE 122-1 ; CODE PROCEDURE PENALE ; DEPISTAGE ; DETENU ; EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ; fonction ; IDENTITE ; LEGISLATION ; ORGANISATION ; PARTENARIAT ; PRISON ; PSYCHIATRIE DE LIAISON ; ROLE ; SOIN

---

# REMERCIEMENTS

---

Monsieur MADELPUECH, Directeur du Centre Hospitalier La Chartreuse et Madame GIRAULT, Responsable des Affaires Juridiques et Chargée des Relations avec les Usagers au Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon, remercient vivement tous les participants de ces journées d'échanges psychiatrie & justice pour leur active participation, leurs questions et leurs suggestions.

Ils remercient les intervenants qui se sont succédé à la tribune de 2013 à 2016, et qui ont contribué à faire de ces journées une réussite.

Ils remercient également les partenaires, toujours fidèles aux rendez-vous, sans qui ces journées n'auraient pas lieu :

- La Préfecture de la Région Bourgogne-Franche-Comté,
- La Cour d'Appel de Dijon,
- Le Tribunal de Grande Instance de Dijon,
- L'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté,
- L'Ordre des Avocats du Barreau de Dijon.

Enfin, ils souhaitent remercier tous les agents du Centre Hospitalier La Chartreuse qui ont permis de rendre possibles ces journées grâce à leur soutien et leur appui :

- Les services du Centre Hospitalier La Chartreuse :

- Le Service Communication,
- Le Centre de Documentation,
- Le Service Qualité-Risques,
- Le Service Informatique,
- Les Services Économiques et Techniques (espaces verts et voirie, sécurité incendie, événementiel, alimentation et restauration...)

- Les stagiaires au sein du service des Affaires Juridiques - Relations Usagers :

- Les Auditeurs de justice : Caroline LOCKS (2013), Myriam FILLAUD (2015).
- Les Stagiaires en Droit : Mathilde GUILLO (2013 et 2015), Romain STECZYCKI (2014), Adèle GROSSI (2015), Lisa MAAROF (2016).



PRÉFET DE LA CÔTE-D'OR

