

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 8-2007 – Septembre-Octobre 2007

SOMMAIRE

Editorial.....	2
Proposition de loi visant à assurer l'imprescriptibilité des crimes sexuels commis sur les mineurs.....	4
Proposition de loi relative à la castration chimique.....	5
ASPMP et loi renforçant la lutte contre la récidive.....	6
Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et l'injonction de soins.....	8
ASPMP et les Hôpitaux-Prison.....	12
ASPMP et l'hôpital fermé pour pédophiles.....	14
Le Syndicat des Psychiatres de Secteur et la délinquance.....	16
ASPMP et le secret professionnel et les certificats médicaux.....	17
Le Conseil National de l'Ordre des Médecins et le secret médical en prison.....	18
Le Collectif Pasde0deconduite organise un colloque.....	19
Le SMPR de Baie-Mahault et le partage des dossiers médicaux et pénitentiaires.....	20
Partage des dossiers médicaux et pénitentiaires : La ministre de la justice persiste.....	24
Notes de lectures et documentation.....	47
Agenda.....	28
Sites internet.....	28
Equipe rédactionnelle.....	29

EDITORIAL

*« Dernier principe du totalitarisme, dernière colonne
de son édifice invisible : l'incurable n'existe pas... »*

Bernard-Henri Lévy

« Ce grand cadavre à la renverse » (p. 141)

Il peut être osé d'ouvrir cet éditorial avec en exergue un très court passage du dernier livre passionnant et interpellant de Bernard-Henri Lévy, riche d'idées complexes, au risque de dénaturer sa pensée. Peut-être le rapprochement entre ce qu'il expose et le contenu du présent Kamo est erroné. Toutefois, les propos du philosophe, évoquant différents totalitarismes, me font écho avec les orientations de notre société et des politiques quand est abordé le traitement de la délinquance et notamment de la délinquance sexuelle.

Le présent numéro de Kamo souhaite essentiellement réunir quelques réactions de professionnels aux différentes mesures prises par les politiques ces derniers tristes temps. Sans échauffement aucun, deux récentes propositions de loi de fin septembre 2007 ouvriront sinon le bal plutôt la marche à l'échafaud, et plus précisément à l'échafaud médicalisé. On remarquera que la proposition de loi de Bernard Debré, médecin, confie au corps médical l'équivalent des injections létales aux USA. Je livre ces textes sans aucun commentaire pour en laisser à leurs auteurs l'entière et « pure » création ; en les commentant, j'aurai l'impression de me souiller.

Dans le questionnement quotidien de ma pratique de psychiatre en milieu carcéral, je ressasse souvent l'idée que les nazis ont eu une limite à leur perversité, en n'ayant pas l'indécence de mettre des psys ou des assistants sociaux dans les camps de concentration et d'extermination. Si je dis que nous avons franchi le pas en médicalisant amplement la prison, certes j'exagérerai, car on ne peut pas comparer la prison républicaine (comme la nomme Robert Badinter) et les camps de la mort nazis. Il n'empêche qu'il faut parfois oser l'exagération pour prévenir des dérives possibles. Je ne suis pas d'ailleurs le premier à le faire, car quelqu'un de bien plus autorisé que moi, Robert Badinter encore lui, a eu l'occasion de faire remarquer lors de travaux parlementaires (cités dans d'autres numéros de Kamo) que les avatars des centres fermés de protection sociale que certains aimeraient instaurer en France avaient été créés en 1933 en Allemagne.

En fait, ce qui est rageant, c'est le déséquilibre entre la force médiatique des politiques et la faiblesse médiatique des professionnels qui connaissent bien le sujet de la délinquance sexuelle ou non sexuelle. Dans l'ensemble NOUS SAVONS ce qu'il faut faire, ce qu'il faut mettre en place. Les associations professionnelles spécialisées, comme l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agresions Sexuelles (ARTAAS) ou l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) ont un savoir faire notable. Dans ce numéro est d'ailleurs présenté un travail sur la prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agresions sexuelles qui montre les progrès et le développement de ces connaissances depuis environ les 15 dernières années.

Mais Fi par les politiques de tous ces travaux, congrès, conférences de consensus, auditions publiques, communications, publications, travaux de terrain, localisés et efficaces, etc. sans pour autant occulter les difficultés qui ne peuvent qu'inévitablement surgir dans ces situations complexes. Alors quand on découvre des propositions de loi sur l'imprescriptibilité des crimes sexuels et sur la castration chimique, on ne peut qu'avoir froid dans le dos.

Les réactions sur internet dans nos forums de discussions ont été empreintes de colère, d'effroi, de stupeur, mais aussi et surtout d'une profonde volonté de dire ce que l'on sait faire et de s'opposer à des mesures purement politiciennes effroyables. Je rappelle à tous les lecteurs qui encouragent Kamo que je ne demande pas mieux que de pouvoir vous donner la parole au sein d'une rubrique du style « courrier des lecteurs ». Vous écrivez souvent des choses tellement justes et frappantes que j'aimerais pouvoir les publier mais que je ne peux le faire qu'avec votre demande expresse, et avec ce consentement auquel nous tenons tous car il est signe de respect et d'efficacité. Nous ne pouvons nous contenter d'évoquer ces sujets entre nous. Il nous faut communiquer et diffuser notre savoir, notre savoir-faire et trouver les moyens de le faire savoir.

Je terminerai sur une remarque, un symptôme en quelque sorte, qui n'a pas dû échapper aux participants du récent congrès francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS) qui s'est tenu à Paris en septembre dernier. Lors de la conférence de presse, seuls deux journalistes étaient présents, et uniquement de la presse médicale. Aucun grand média n'a couvert cette manifestation. Il est vrai qu'il s'agissait d'une manifestation scientifique, qui comme telle expose et interroge les connaissances sur un chantier en permanente remise en question. Une réelle affaire culturelle en somme et quand on parle de culture, on sait que certains sortent leur révolver. Au moins, il existe une cohérence de l'époque... Michel DAVID.

PROPOSITION DE LOI

visant à assurer l'imprescriptibilité des crimes sexuels commis sur les mineurs

Proposition de loi présentée par Marc Le Fur et Franck Gilard, députés, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2007.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Chaque année des milliers d'enfants sont victimes d'abus sexuels. Cependant, la plupart de ces agressions ne sont pas immédiatement signalées et demeurent donc ignorées des services de justice.

La proximité familiale de la victime avec son agresseur, le sentiment paradoxal de culpabilité de la victime, la peur du regard des autres, la crainte des représailles sont autant d'explications et de justifications de l'étouffant silence qui entoure ces affaires d'abus sexuels.

Le traumatisme engendré par de telles agressions conduit bien souvent les victimes à dénoncer leur agresseur plusieurs années après les faits.

La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation des moyens de la justice aux évolutions de la criminalité améliore les règles de prescription : le délai est porté à 20 ans en matière criminelle et commence à courir dès la majorité du mineur. Concrètement une victime mineure peut poursuivre son agresseur jusqu'à l'âge de 38 ans.

Cet allongement est un progrès mais il ne faut pas en rester là. En effet, la gravité et la fréquence de ces infractions doivent conduire le législateur à les rendre imprescriptibles.

Les victimes n'acquièrent la force de reconnaître l'importance des abus et la force de poursuivre qu'après un long cheminement psychologique et personnel, parfois avec l'aide d'un praticien, ou après un éloignement de leur milieu d'origine, souvent largement après cet âge fatidique des 38 ans.

En outre, les auteurs de crimes sexuels usent souvent du sentiment paradoxal de culpabilité de la victime, voire de l'ascendant psychologique qu'ils ont sur elles pour étouffer le désir de réparation et bénéficier indûment des règles de prescription de notre droit.

C'est pourquoi, nous vous proposons de rendre imprescriptibles les crimes sexuels.

Les victimes devenues adultes pourront ainsi se libérer du traumatisme subi en engageant des poursuites judiciaires contre leur agresseur.

L'imprescriptibilité aura en outre, un rôle préventif et dissuasif : les délinquants et criminels potentiels ne pourront plus s'estimer à l'abri d'une sanction et demeurer impunis.

Telles sont, mesdames et messieurs, les considérations qui nous amènent à vous présenter cette proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI
relative à la castration chimique des criminels sexuels

Proposition de loi présentée par Robert Debré, député, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2007.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Lorsqu'un homme est condamné pour crime sexuel le juge doit, après avoir consulté un collège de trois médecins comprenant un psychiatre et deux médecins spécialistes, pouvoir, au moment de la condamnation, exiger que celui-ci soit traité par des médicaments entraînant une castration chimique. Le consentement du condamné n'est plus nécessaire pour l'application du traitement.

Lorsque la peine d'emprisonnement se termine pendant la période de traitement du condamné, devra s'ensuivre une obligation de se présenter dans un hôpital ou un lieu agréé pour recevoir le traitement et vérifier que le taux d'hormones se situe bien au taux de castration.

Le non-respect de ces obligations entraînera la possibilité par le juge d'application des peines de remettre le criminel sexuel en prison ou dans un hôpital spécialisé fermé pendant une durée déterminée.

En cas d'injections frauduleuses de testostérone ou de ses dérivées tendant à contrarier le traitement, par le criminel sexuel, le juge d'application des peines pourra également décider d'un nouvel emprisonnement ou de le reconduire dans un hôpital spécialisé fermé.

A PROPOS DU PROJET DE LOI RENFORCANT LA LUTTE CONTRE
LA RECIDIVE DES MAJEURS ET DES MINEURS ET DE LA
SYSTEMATISATION DE L'INJONCTION DE SOINS

Catherine PAULET

Psychiatre

Présidente de

L'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Les lois se succèdent (1998, 2002, 2005, 2007) qui veulent punir et guérir toujours plus la délinquance et la récidive.

Les professionnels de santé mentale en sont pris de vertige.

On leur attribue tant de pouvoir au nom d'un savoir et d'une prescience omnipotents.

Ils sauraient sonder les âmes et les cœurs (expertise), en extirper le mal et la douleur (guérir).

Ils pourraient prédire (dangerosité) et changer la couleur de l'avenir (prévention de la récidive).

Le nouveau projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs qui va être soumis au Parlement en juillet, systématise l'injonction de soins dès lors qu'une expertise médicale établit que « le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement ».

Le condamné est « informé qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement ». S'il est condamné à un sursis et qu'il refuse les soins, il peut être emprisonné. S'il a été condamné à une peine de prison et qu'il « refuse le traitement qui lui est proposé » en détention, aucun aménagement de peine ne lui est accordé.

Certes, l'expertise médicale est réputée séparer en quelque sorte le bon grain de l'ivraie.

Mais selon que l'on se limite à la pathologie (psychiatrie) ou que l'on s'étend à l'organisation de la personnalité (psychopathologie), le résultat n'est pas le même, ciblé ou extensif.

Du reste, à y regarder de plus près, n'avons-nous pas tous profité à tirer d'un traitement ? Sommes-nous sûrs que nos comportements ordinaires (incivisme, violence, égoïsme, indifférence...) ne bénéficieraient pas d'une thérapie, analytique ou cognitivo-comportementale (c'est selon les écoles) ?

On m'objectera que je me gausse d'un sujet grave et ce faisant, que j'offense les victimes. Il

n'en est rien, au contraire.

Soigner efficacement un auteur de crime ou délit suppose de ne pas se tromper d'objectif.

Il y a une imposture à laisser croire que le risque zéro pourrait exister et le futur, se prédire.

La même imposture entache la croyance en des thérapies destinées à prévenir la récidive.

Car en effet, les traitements ne visent pas à limiter le risque de récidive, ils visent modestement à soulager une personne malade de sa souffrance, à l'aider à mieux appréhender les déterminants de cette souffrance, ses conséquences personnelles, relationnelles et sociales, et à s'en dégager tant que faire se peut. C'est en ce sens que le soin peut, peut-être et de surcroît, contribuer à prévenir la récidive.

Qu'attendre alors de l'injonction de soin ? Offrir la possibilité à un sujet de saisir de l'opportunité du soin, lorsque l'infraction est en lien avec une souffrance psychique manifeste, ni plus ni moins.

La systématisation des injonctions de soin comme élément central de la condamnation dans toute une série de délits très hétérogènes, rassurera peut-être l'opinion, saturera certainement les dispositifs de soins, crispera probablement les professionnels de la justice sur cette occurrence mais fera bien peu de cas de l'essentiel, l'aptitude au changement des êtres humains et l'influence des conditions environnementales (travail, logement, liens familiaux) sur la réinsertion sociale.

Le mieux est souvent l'ennemi du bien, nos parlementaires devraient s'en souvenir au moment de légiférer.

Marseille, 28 juin 2007

LES POSITIONS DU SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX SUR L'INJONCTION DE SOINS



SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX

Pour le SPH, le projet de loi (N° 333 rectifié (2006-2007)) renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs dans sa rédaction résultant de la lettre rectificative appelle les remarques suivantes :

La présentation du texte souligne d'emblée le caractère *imposé* du suivi médical et judiciaire *obligatoire* pour les personnes condamnées pour des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru (homicide, tous crimes ou délits sexuels, enlèvement et séquestration, pédopornographie, corruption de mineurs...). Mais ces dispositions ne s'appliqueront qu'aux condamnés qui sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement, évalués après une expertise médicale¹.

Ainsi, bien que l'injonction de soins demeure en droit :

- *non obligatoire* : la personne condamnée garde la possibilité de refuser de s'y soumettre, cette mesure représentant une alternative à la peine,
- *non systématique* puisqu'elle continue à être décidée par le juge sur avis de l'expert psychiatre²,

ces garanties disparaissent en pratique derrière la volonté de renforcer considérablement le dispositif actuel :

- le juge est contraint, sauf à motiver précisément sa décision, de prononcer l'injonction de soins.

¹ Sur ce point de l'article 5 notons au passage que le texte pourrait être utilement modifié en précisant « expertise médicale *psychiatrique* ».

²Rappelons que la conférence de consensus de novembre 2001 recommande que la négation des faits poursuivis soit considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction de soins.

- Les sanctions applicables aux condamnés en cas de refus des soins sont aggravées (mise à exécution de la peine prévue dans la condamnation ordonnant le suivi socio-judiciaire, révocation du sursis, réincarcération après retrait des réductions de peine du condamné placé sous surveillance judiciaire et révocation de la libération conditionnelle). Les incitations à se faire soigner concernent également la période d'incarcération. La date de libération ou du maintien en liberté dépendra de l'acceptation des soins.

Quels seront les effets prévisibles de ces nouvelles dispositions ?

A- Le nombre d'expertises médicales psychiatriques va augmenter, le législateur favorisant en supplément l'expertise de « dangerosité » au détriment de l'expertise de « responsabilité » avec une confusion grandissante entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. Dans le rapport de l'audition publique de janvier 2007 auprès de la HAS sur l'expertise pénale, la commission suggérait au contraire d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique notamment au regard de la démographie décroissante des experts psychiatres, certaines cours d'appel, avec une inégalité de répartition sur le territoire national, n'ayant plus d'experts. Elle proposait de privilégier les missions d'expertise à visée diagnostique et thérapeutique sur l'expertise de dangerosité, de façon à répondre à la mission première du psychiatre, c'est-à-dire donner des soins au malade mental : *« Dans la perspective de la diminution attendue du nombre des psychiatres et des experts, la multiplication programmée d'expertises évaluant la dangerosité – dont la fiabilité, la finalité et la faisabilité sont encore l'objet de discussions parfois polémiques – ne laisse pas d'inquiéter. En effet, comment concilier cette pénurie et cette prolifération alors que, d'une part, aucune certitude n'est acquise quant au lien « expertise de dangerosité-prévention de la récidive », et que, d'autre part, nombre de jeunes psychiatres affichent un manque d'intérêt pour les pratiques expertales. »*

B- Le nombre d'injonctions de soins prononcées va progresser considérablement.

Entre 1999 et 2004, le nombre de suivis socio-judiciaires serait passé de 75 à 1063. Mais les rapporteurs de la mission d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales de l'Assemblée nationale de juillet 2004 (*« 20 mesures pour placer la lutte contre la récidive au coeur de la politique pénale »*) constataient les *« inconséquences du suivi socio-judiciaire »* et la défaillance du pilotage au niveau central, puisque le SSJ et tout spécialement l'IS étaient peu prononcés et peu appliqués : parmi les SSJ, le nombre d'IS représenterait en effet moins de 8% des délinquants sexuels incarcérés.

Rappelons que la mission menée par l'ex ministre de la justice Pascal Clément invitait les pou-

voirs publics compétents à prendre les mesures d'urgence nécessaires afin de pourvoir les 800 postes vacants de psychiatres dans les hôpitaux !

Dans son rapport de juillet 2005 de la commission Santé-Justice « *Santé, Justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive* » Jean-François Burgelin relevait que « *les tribunaux souffrent actuellement d'une pénurie de moyens qui a pu, à juste titre, décourager certaines juridictions d'ordonner des suivis socio-judiciaires qui resteraient inappliqués* ».

En juin 2006, le rapport d'information du Sénat « *Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses* », proposaient de renforcer le suivi des personnes après leur libération. Cet objectif nécessitait « *à l'évidence une forte mobilisation des moyens – y compris de formation de personnes spécialisées - justifiés, au regard des enjeux de santé publique et de sécurité soulevés par la prise en charge des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux* ».

A l'évidence, les moyens en place déjà totalement insuffisants, ne permettront pas l'application de la mesure.

C- Le nombre de condamnés faisant l'objet de soins pendant l'incarcération sera multiplié.

Il faut rappeler que l'incitation au soin en prison est déjà très largement utilisée, que le principe de l'obligation de soin en prison pose de façon aiguë la question de la double peine, et qu'une thérapie imposée sans la participation volontaire du patient demeure dans cette catégorie de trouble particulièrement aléatoire. Mais surtout, les équipes psychiatriques des SMPR et celles des DSP sont actuellement débordées et manquent des moyens et de l'équipement minimum pour mettre en place les prises en charges au sein d'un cadre thérapeutique adéquat.

D- Ces soins s'appliqueront à une population grandissante de personnes n'ayant fait le choix du traitement que pour éviter la prolongation de la peine.

La question de l'obligation ou de l'injonction de soins est considérée par le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé « *La santé et la médecine en prison* », avis n° 94, octobre 2006 comme « *un problème d'éthique médicale d'une grande complexité* ». Le consentement libre et informé suppose l'absence de contrainte ou de sanction et la mise en balance des bénéfices de remises de peine contre une thérapie pour prévenir la récidive constitue une forme de « *chantage* » qui « *apparaît inacceptable au point de vue éthique* », à l'opposé des règles professionnelles

des professionnels de la santé en milieu pénitentiaire. Seule une « *proposition de soins* » resterait compatible avec l'exercice d'un véritable consentement libre et informé.

« *On est là aux limites des problèmes éthiques posés par l'ambiguïté et la complexité des relations ente médecine et justice, et des risques de confusion et de pertes de repères qui en découlent* » ajoute le comité. La médecine est par essence une médecine de la personne malade ou en souffrance, dans un dialogue singulier et individualisé et non dans une démarche d'obligations de soins qui tendrait vers la systématisation du contrôle social.

Pour toutes ces raisons, il aurait donc été largement préférable, avant de se poser la question d'un éventuel élargissement de l'injonction de soins, de se donner les moyens d'appliquer vraiment le dispositif actuel, et d'en tirer les enseignements.

Si l'IS est peu utilisée aujourd'hui, c'est que les magistrats la prononcent à la mesure des moyens qui permettent de l'appliquer. La mise en œuvre d'une mesure aussi délicate que l'injonction de soins suppose, sur une longue durée, la coordination entre les différents acteurs de la justice et du sanitaire. Or, les juges d'application des peines et les conseillers d'insertion et de probation sont en nombre insuffisant, les tribunaux souffrent dramatiquement d'une pénurie de moyens. La rareté des experts psychiatres et des coordonnateurs, la tension dans laquelle travaillent actuellement les équipes de soins en psychiatrie, le déclin de la démographie des psychiatres, l'absence de formations programmées dans ce domaine, et plus généralement l'absence de pilotage réelle de la situation depuis des années par l'administration centrale font que ces mesures, largement surestimée quant à l'espoir d'une prévention accrue de toutes les formes de récidive, resteront inapplicables, tout en aggravant le malaise des professionnels.

Comme l'ont souligné tous les observateurs, l'importance des moyens à mettre en œuvre, qui ne porteraient leurs fruits qu'au terme de plusieurs années, est considérable en termes d'investissements, de personnels, de formations, de réseaux de communication entre équipes, de spécialisations, de développement de centres Ressources et de recherche.

Au-delà de la question du bien fondé de la mesure et de celle de son efficacité potentielle, largement critiquées dans le champ professionnel psychiatrique, qui pourrait croire que ce qui a été très incomplètement mis en œuvre hier pour un dixième de la population relevant de l'injonction de soins le sera véritablement demain pour la totalité ? Quelques mesures d'affichage ne sauraient répondre à l'ampleur du problème.

SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU PENITENTIAIRE

Limites et point de rupture : les Hôpitaux-prison

Catherine PAULET

Psychiatre

Présidente de

L'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Position ASPMP – 04 juin 2007

Professionnels de santé mentale exerçant en milieu pénitentiaire regroupés dans l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, à l'heure où Madame Dati, Ministre de la Justice, annonce un projet de loi pénitentiaire créant des « hôpitaux-prisons pour les détenus atteints de troubles psychiatriques » (*Le Monde du 2 juin 2007*), nous tenons à réaffirmer notre totale opposition aux structures de relégation telles que les « Instituts de Défense Sociale » proposés par le rapport de la commission Burgelin, les « UHSA prolongées » proposées par le rapport de la commission des lois du Sénat et plus généralement tous les lieux ségrégatifs qui utiliseraient la psychiatrie comme instrument de relégation et/ou de contrôle social.

Nous tenons à réaffirmer les principes déontologiques fondamentaux incontournables qui fondent notre exercice et son efficacité :

- soin à la personne malade ou en souffrance,
- facilitation de l'accès au soin,
- respect du consentement du patient aux soins proposés et de la confidentialité des échanges,
- indépendance technique et statutaire des professionnels de santé qui appartiennent tous au service public hospitalier.

Nous considérons que le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire propose, dans son principe, des outils de soins gradués et suffisants :

- des soins ambulatoires (secteurs de psychiatrie ou antenne SMPR) dispensés dans chaque prison,
- des unités de recours régional en milieu pénitentiaire (Services Médico-Psychologiques Régionaux) pour des soins intensifs et / ou spécialisés incluant l'hospitalisation de jour,
- bientôt des unités de recours régional en milieu hospitalier (Unités d'Hospitalisation

Spécialement Aménagées) pour des hospitalisations à temps plein, librement consentie ou sous contrainte si nécessaire, dans des conditions d'accueil, de soins et de sécurité satisfaisantes.

Cependant, confrontés aux conséquences du délitement des moyens de la psychiatrie de service public en population générale et aux effets délétères de la condition pénitentiaire actuelle, nous réaffirmons :

- que le renforcement du dispositif sanitaire et social en amont de l'incarcération est une condition nécessaire pour éviter la précarisation, la marginalisation et la « criminalisation » des malades,
- que l'amélioration de la vie quotidienne en détention est une urgence,
- et que seules des politiques volontaristes de prévention et d'alternatives à l'incarcération, sont garantes d'une (ré)intégration sociale des personnes.

L' UHSA est la limite de l'évolution du Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, acceptable bien que comportant un risque réel de constitution de filière ségrégative.

En revanche, le concept d'hôpital-prison est inacceptable car il constitue un point de rupture dans la conception française intégrative du dispositif de soins en milieu pénitentiaire.

L'ANNONCE DE LA CREATION D'UN HOPITAL FERME POUR LES
PEDOPHILES SORTANTS DE PRISON ET DANGEREUX, FAISANT
SUITE A L'EMBRASEMENT MEDIATIQUE SUSCITE PAR L'AFFAIRE
EVRARD EST UNE PROPOSITION A TRES HAUT RISQUE

Catherine PAULET

Psychiatre

Présidente de

L'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Sommes-nous bien sûrs de comprendre de quoi il s'agit et vers où nous conduit une telle proposition ?

Il est donc question, dans le cadre d'une politique de défense sociale, d'orienter vers un structure hospitalière fermée, des personnes condamnées pour infraction sexuelle, considérées comme dangereuses à l'issue de leur peine d'emprisonnement, sur la base d'une expertise médicale collégiale qui conclut à leur dangerosité.

De quelle dangerosité parle t'on ? Psychiatrique ou criminologique ?

Les médecins, singulièrement les psychiatres, savent assez bien diagnostiquer une dangerosité psychiatrique imminente et avérée du fait de troubles mentaux : risque suicidaire des dépressions, risque agressif des délires de persécution, des états maniaques ou des confusions mentales...

La loi prévoit déjà que la personne en question, y compris sans son consentement, soit hospitalisée dans un hôpital psychiatrique pour y recevoir les soins nécessaires.

En revanche, les médecins n'ont pas de compétence particulière pour se prononcer sur une dangerosité criminologique, c'est-à-dire le risque qu'une personne commette un délit ou un crime.

De plus, l'évaluation de la dangerosité criminologique n'est pas une science exacte, loin de là ! Elle est une démarche probabiliste qui s'appuie sur des évaluations qualitatives prédictives où la subjectivité de l'examineur joue un rôle non négligeable et sur des statistiques ré-

tropectives des grands nombres dont les limites sont évidentes : tous les meurtriers par arme à feu disposaient d'une arme à feu, est ce que tous les possesseurs d'une arme à feu tueront ?

De sorte qu'il s'agit de priver de liberté une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel mais que l'on suppose, par hypothèse médicale non scientifiquement fondée, susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel.

Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne pour risque et cela revient aussi à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

L'affaire est d'importance et touche aux questions fondamentales des droits de l'homme en démocratie.

L'exception, fût-elle dramatique, ne devrait pas infirmer la règle générale.

Si une hospitalisation psychiatrique est nécessaire, elle est déjà possible.

Si l'inquiétude porte sur le risque de récidive, ce n'est pas la relégation qui doit être privilégiée mais le renforcement de l'accompagnement à la libération.

Marseille le 31 août 2007

LE SYNDICAT DES PSYCHIATRES DE SECTEUR
A propos de la délinquance, de la délinquance sexuelle
et des hôpitaux-prison

Dans le numéro de rentrée de septembre 2007 de la Lettre des Psychiatres de secteur, on peut lire dans l'éditorial intitulé : « *La rentrée de tous les dangers* », les remarques suivantes :

« Sur le plan des idées et de l'image de la psychiatrie dans la société, un certain nombre de soucis persistent.

D'abord, malgré la victoire de février 2007 sur le retrait du texte sur «La délinquance» des alinéas 18 à 24 dits alinéas psychiatriques, rien n'est changé sur le fond et la teneur exacte des alinéas, même «rapatriés» dans un texte sanitaire, garde des aspects inacceptables.

Ensuite le forcing et l'omni présence de la mise en avant du problème des délinquants sexuels, alors que sur le plan des moyens, à notre portée, nous avons à la fois un retard considérable et par ailleurs nous ne possédons aucune certitude fiable sur le plan scientifique.

Enfin la notion d'hôpital-prison qui revient sur le tapis. Ce n'est pas tant le fond qui nous inquiète (il y a des prisonniers malades et malades mentaux), et l'aménagement ou la création de départements médicaux dans les pénitenciers est une nécessité. Non, ce qui nous trouble, c'est la forme: effet d'annonces et utilisation d'expressions malheureuses et désarçonnantes pour nos patients et leurs proches ».

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LES CERTIFICATS MEDICAUX EN PRISON

Catherine PAULET - Psychiatre

Présidente de

L'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

Les professionnels de santé mentale exerçant en milieu pénitentiaire, et singulièrement les psychiatres et psychologues traitants, sont actuellement soumis de la part des juges de l'application des peines, à des exigences de production de certificats médicaux circonstanciés dans le cadre de l'octroi des remises de peine supplémentaires. Ces exigences nous paraissent tout à fait incompatibles avec des conditions déontologiques d'exercice.

Certes, la loi du 12 décembre 2005 relative à la prévention de la récidive prévoit dans son article 721-1 CPP que le fait de « suivre une thérapie qui vise à limiter le risque de récidive » peut être considéré comme un gage de réinsertion.

Mais les traitements ne visent pas à limiter le risque de récidive, ils visent très modestement à soulager une personne malade de sa souffrance, à l'aider à mieux appréhender les déterminants de cette souffrance et à s'en dégager tant que faire se peut. De plus, l'assurance de la confidentialité des échanges est le socle de la confiance qui unit le patient à son thérapeute et permet la confiance.

Les juges de l'application des peines, probablement eux-mêmes contraints par les termes de la loi, ont des exigences à notre endroit inappropriées, dont on pourrait penser qu'elles sont même à la limite de l'incitation à révéler des informations à caractère secret. Il leur suffirait pourtant d'entendre la personne condamnée elle-même pour se faire une idée de son évolution. Dans l'hypothèse où cela ne serait pas suffisant, la nomination d'un expert apporterait le complément d'informations nécessaire.

Du reste, ce type de situation va inmanquablement se rencontrer en milieu libre pour l'ensemble des confrères.

L'Ordre des Médecins et la DHOS, sollicités par l'ASPMP, devraient nous aider à clarifier les rôles de chacun auprès du Ministère de la Justice.

L'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison et le Syndicat des Médecins Exerçant en Prison, partagent notre point de vue.

Marseille, le 18 Juin 2007

**REACTION DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES
MEDECINS A PROPOS DU SECRET MEDICAL EN PRISON :
Soins aux détenus : Le Conseil national des médecins réaffirme le caractère
intangible du secret médical**

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins tient à s'associer à l'émotion suscitée par le drame du jeune Enis, douloureusement ressenti par tous et notamment par la communauté médicale.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins rappelle cependant que tout médecin, quelles que soient ses modalités d'exercice, est tenu de veiller à ce que des soins soient dispensés dans le strict respect de la déontologie. Le Conseil départemental de l'Ordre, dont relève le praticien, assurera ses responsabilités au cas où des manquements s'avèreraient manifestes.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle le caractère intangible du secret professionnel, dans toutes circonstances. A cet égard, il souhaite rappeler que, dans le cas d'espèce, le médecin doit disposer d'un dossier médical comprenant les antécédents médicaux qui pourraient figurer au dossier administratif et ce, sans réciprocité de la part du médecin vis-à-vis de l'Administration.

Communiqué de presse du 22 août 2007 consultable sur le site de l'Ordre national des médecins (www.conseil-national.medecin.fr/?url=presse/article.php&offset=0).

LE COLLECTIF *Pas de zéro de conduite*

organise un 2^e colloque Sciences et Société – Samedi 10 novembre

à la Faculté St Antoine à Paris sur le thème :

« *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ?* »

Le collectif précise que ce colloque s'inscrit dans le contexte suivant :

« Au printemps 2006, avec ses 200 000 signatures, notre appel « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans » contraint le gouvernement à renoncer à inscrire le dépistage, dès 36 mois, d'enfants turbulents dans sa loi de prévention de la délinquance. Notre mouvement conduit également l'Inserm à annoncer, en novembre 2006, de nouvelles méthodes pour ses expertises en santé psychique et prévention, associant chercheurs de toutes disciplines et acteurs de terrain.

Mais un an plus tard, les questions de politiques et de recherche en prévention psychologique, soin et éducation, restent plus que jamais d'actualité :

- la publication en février 2007 d'une nouvelle expertise de l'Inserm sur les troubles de l'apprentissage chez l'enfant est loin de correspondre aux engagements pris ;
- des actions de terrain, lors de bilans de santé en école maternelle par exemple, ou des projets de recherche intrusifs sur des difficultés des enfants risquant de les stigmatiser ou de les déstabiliser, ont provoqué de vives réactions des associations de parents ou de professionnels ;
- l'instrumentalisation de la recherche s'est à nouveau manifestée avec la mise en avant par des responsables politiques d'approches exclusivement neurobiologiques des difficultés en lecture ;
- la promotion de thèses favorables à l'origine biologique des comportements humains s'est exprimée dans le débat public quant à la détermination prétendument génétique de la pédophilie ;
- enfin, la loi votée récemment sur la prévention de la délinquance épingle toujours plus les enfants et les familles en difficulté psychologique ou sociale. Elle fragilise encore le travail des professionnels chargés de les aider. Le secret professionnel, outil essentiel dans la santé et l'action sociale, y est remis en question.

Le collectif *Pasde0deconduite* a poursuivi ses interventions en 2007, sur ces problèmes, s'adressant tour à tour aux pouvoirs publics, aux candidats à l'élection présidentielle, à des organismes de recherche ou à des institutions chargées des politiques sociales et de santé (cf. sur le site).

Pour accéder au programme et au bulletin d'inscription du colloque, cliquez sur le lien : http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org/article.php3?id_article=98

LE SMPR DE BAIE-MAHAULT EN GUADELOUPE ET LE PARTAGE DE DOSSIERS MEDICAUX ET PENITENTIAIRES

Suite aux intentions de la ministre de la justice de rendre communicable à l'administration pénitentiaire le dossier médical des détenus, le SMPR de Baie-Mahault (unité fonctionnelle du Pôle de psychiatrie légale) a décidé de plus participer au travail constructif engagé avec le centre pénitentiaire et a remis au directeur du centre pénitentiaire la lettre dont le texte est reproduit ci-dessous. Copie de cette lettre a été adressée aux ministres de la santé et de la justice et aux différentes autorités administratives et judiciaires de la Guadeloupe avec le plus souvent une lettre d'accompagnement expliquant à chaque destinataire (19 en tout) le sens de notre action en relation avec sa fonction.

La lettre a été co-signée par les trois psychiatres du service, la psychologue et la cadre de santé après exposé et discussion avec l'ensemble de l'équipe. La remise de cette lettre au directeur du centre pénitentiaire a été l'occasion d'un échange riche, à la hauteur du respect mutuel qui peut exister entre professionnels qui reconnaissent les limites des champs d'intervention des uns et des autres.

La lettre adressée à madame la ministre de la santé est reproduite ci-après, à la suite de celle adressée au directeur.

LETTRE AU DIRECTEUR DU CENTRE PENITENTIAIRE DE BAIE-MAHAULT

Monsieur le Directeur,

Suite aux intentions du ministre de la justice d'instaurer le partage des dossiers médicaux et pénitentiaires, en réaction nous vous informons de nos actions à venir.

Vous savez notre attachement au travail partenarial avec vos différents services et qui a été rendu possible par le respect des missions de chaque corps de métier auquel vous et vos collaborateurs avez toujours veillé.

Le SMPR participe donc aux différentes réunions suivantes :

- Réunions de coordination des services de l'établissement à votre initiative
- Réunions de prévention du suicide
- Réunions mensuelles et annuelle relative aux mineurs
- Réunions mensuelles avec le SPIP pour préparer la sortie des détenus
- Réunion annuelle de la commission de surveillance, à laquelle vous nous invitez
(sans que cela soit une obligation)

Toutefois, face aux intentions gouvernementales de rompre le secret professionnel, nous vous informons que nous ne participerons plus à ces réunions tant que les ambiguïtés liées à ces annonces n'auront pas été levées, éventuellement dans le cours de l'élaboration de la future loi pénitentiaire. Le secret professionnel est le garant d'un minimum de confiance nécessaire à l'élaboration d'un espace thérapeutique. Si la confidentialité des informations médicales n'est pas respectée, il paraît évident que les détenus ne voudront plus se faire soigner, alors que par ailleurs les pressions politiques, médiatiques et peut-être de l'opinion publique sont fortes pour étendre les soins psychiques à une population carcérale de plus en plus large.

Nous espérons qu'à l'occasion des travaux parlementaires, non seulement ces projets seront abandonnés, mais que les dispositions de la loi permettront d'attribuer aux différents services en charge des personnes sous mains de justice les moyens ajustés à un bon exercice de leur mission, notamment en faveur de la réinsertion (et corrélativement de la lutte contre les différentes formes de récidive). Nous ne doutons pas que vous comprendrez le sens de notre action que nous espérons pouvoir lever le plus rapidement possible. Dans le cas contraire, il faut s'attendre à notre désaffection du travail en milieu pénitentiaire et à la survenue de mutations vers un cadre professionnel respectueux des règles professionnelles fondamentales.

Nous vous adressons, Monsieur le Directeur, ainsi qu'à vos collaborateurs, nos salutations distinguées.

LETTRE A MADAME LA MINISTRE DE LA SANTE

Madame la Ministre,

J'ai l'honneur de vous communiquer copie du courrier adressé par le SMPR de la Guadeloupe au directeur du centre pénitentiaire de Baie-Mahault qui annonce notre retrait de réunions pluriprofessionnelles suite au souhait de madame la ministre de la Justice d'instaurer un partage des dossiers médicaux et pénitentiaires.

Outre une atteinte aux droits fondamentaux de notre société (le droit à la vie privée, à l'intimité et à la confidentialité, notamment des questions de santé), le partage des dossiers médicaux et pénitentiaires risque d'aller à l'encontre de l'effet escompté. Nous souhaitons tous que les personnes condamnées et perturbées psychiquement s'améliorent sur le plan mental, à la fois pour elles-mêmes mais aussi pour autrui évidemment. La confidentialité perdue ne pourra que renforcer la réticence naturelle des détenus à consulter les psychiatres et les psychologues de peur d'être connotés « fous ». La stigmatisation psychiatrique en milieu ouvert est déjà un phénomène connu mais il est encore plus prégnant dans le milieu clos de la prison.

Par ailleurs, les services de médecine (UCSA) et de psychiatrie (SMPR) en milieu pénitentiaire sont des services hospitaliers à part entière et relèvent du droit hospitalier, notamment en matière de tenue du dossier médical. Consultation et communication du dossier ne peuvent être que conformes à cette réglementation, notamment en accord avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et ses décrets d'application. Le partage des données médicales avec le système d'information pénitentiaire ne peut se concevoir dans ce cadre législatif. En outre, de nombreux hôpitaux travaillent intensément à l'informatisation du système d'information afin de permettre le recueil de l'activité (PMSI – RIMPsy) qui est une tâche suffisamment complexe en soi pour ne pas la rendre encore plus ardue en imposant un interfaçage avec les systèmes d'information pénitentiaires et en concevant des règles d'habilitation d'accès aux différentes données.

A la fois pour des questions de fond et pour des raisons très pragmatiques, le partage des dossiers médicaux et pénitentiaires est à rejeter absolument. Les professionnels de la santé ne sont pas nombreux à se précipiter pour travailler dans les prisons. Si les règles éthiques fondamentales du soin étaient bafouées, il est très probable qu'une désaffection massive des services de soins serait prévisible, ce qui rendrait encore davantage difficile les volontés politiques de voir soigner les détenus, principalement s'ils sont condamnés pour une infraction sexuelle.

Il convient absolument de conserver la confidentialité des soins en prison et de ne pas les imposer en matière psychiatrique et psychologique. Dans l'ensemble, les professionnels de la santé mentale en milieu pénitentiaire sont favorables à l'incitation aux soins mais en écartant tout risque

d'instrumentalisation (soins de façade pour avoir une remise de peine ou une libération conditionnelle). Un état mental ne se traite pas comme une appendicectomie. La modestie du résultat thérapeutique est le plus souvent la règle en psychiatrie mais pas l'ambition thérapeutique et le souci éthique de se donner une obligation de moyens. La contrainte, la perte de la confidentialité sont autant des facteurs d'échec thérapeutique que le fait d'opérer dans un bloc opératoire septique avec des instruments non stériles. Si ces facteurs étaient instaurés par le législateur, une part notable de la responsabilité de l'échec thérapeutique lui reviendrait.

Dans l'immédiat, nous disposons en théorie d'une palette d'outils institutionnels suffisante pour donner des soins aux personnes sous mains de justice : UCSA, SMPR, future UHSA et les dispositions liées au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins. Il conviendrait avant tout de les rendre pleinement opérationnels, puis d'évaluer ensuite les correctifs à apporter. Nous ne demandons rien de plus et c'est déjà beaucoup.

Enfin, la toute récente actualité remet en question la procédure de non lieu à poursuivre en application de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale pour trouble psychiatrique). Le constat est connu de la prévalence importante des troubles mentaux graves parmi la population pénale. Ces pathologies contribuent à une adaptation carcérale extrêmement difficile pour ceux qui en souffrent, avec une répercussion sur les co-détenus et complexifiant le travail des surveillants pénitentiaires et des personnels soignants. La sanction pénale, dans ces cas, n'est le plus souvent pas comprise par les intéressés. Concernant la procédure en cas d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, la récente audition publique de janvier 2007 relative à l'expertise psychiatrique pénale qui s'est tenue dans les locaux de votre ministère a apporté des précisions intéressantes qu'il conviendrait de ne pas éluder. Il s'agirait essentiellement de ne pas modifier la procédure pénale mais de mieux organiser le procès civil afin de prendre en compte la souffrance des victimes et de leur famille. Ces propositions prennent en considération dans un juste souci d'équilibre à la fois la pathologie mentale grave dont souffre l'auteur des faits et la souffrance des victimes.

Espérons que le débat que madame la ministre de la Justice initiera lors de la présentation du projet de loi pénitentiaire permettra un large échange d'idées et qu'il en résultera des propositions constructives dans l'intérêt de tous. Dans le cas contraire, il faut s'attendre à un désenchantement massif des soignants en milieu pénitentiaire qui rendra encore plus aléatoires les soins en prison, au détriment de l'intérêt général.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, le témoignage de mon profond respect.

Dr Michel **DAVID**
Chef de service

PARTAGE DES DOSSIERS MEDICAUX ET PENITENTIAIRES

La ministre de la Justice persiste

Dans le numéro du vendredi 5 octobre 2007 du Parisien qui titrait à la Une : « Délinquants sexuels – Les remises de peine, c'est fini », Rachida Dati répondant à la question du journaliste : « Quelles sont les autres ambitions de la future loi pénitentiaire ? » déclare : *« J'entends également permettre à l'administration pénitentiaire de bénéficier d'un échange d'informations strictement encadré au dossier médical des détenus afin d'améliorer leur prise en charge et la sécurité. Je suis attachée au respect du secret médical mais ces questions ne doivent faire l'objet d'aucun tabou ».*

Si madame la ministre « entend » permettre, elle semble ne pas entendre ce que lui disent de nombreux professionnels. Et ce n'est certainement pas en encadrant la consultation des dossiers médicaux par l'administration pénitentiaire que la prise en charge des détenus et leur sécurité seront assurées. L'important est une bonne communication confiante entre les équipes soignantes et les équipes pénitentiaires.

Ne serait-ce que la veille de l'écriture de ces lignes, l'équipe du CP de Baie-Mahault a fait un signalement au directeur pour œuvrer pour la sûreté d'un détenu et de son entourage. C'est une communication simple qui est efficace, et non l'illusoire consultation de dossiers médicaux (à laquelle dans le cas présent, nul n'aurait pensé).

Pour cela il faut savoir créer le dialogue et ce n'est pas en persistant à proposer des mesures critiquables et inefficaces qu'on aidera à favoriser ce dialogue.

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

La vie sexuelle à Rome

Géraldine Puccini-Delbey

Taillandier, 2007

Ah ! comme il est agréable de lire un livre sur la sexualité qui nous change des turpitudes politiciennes actuelles sur le sujet. Certes, la vie sexuelle n'est pas que plaisir et l'exercice de la sexualité est souvent une occasion de pouvoir, de régulation des rapports entre les sexes et les classes sociales.

Il y est souvent question de violence. Mais peut-il en être autrement de la sexualité et du dynamisme pulsionnel qui anime tout bien des chemins en empruntant aussi des voies créatives que destructrices ?

Ce livre d'une conférence de littérature latine, avec verve, nous entraîne dans Rome antique. Une longue promenade agréable en soi pour dans l'univers antique, les représentations de la sexualité y sont exposées



La violence présente. Outre la maîtrise de langue et de écrit avec dans la

maître de langue et de écrit avec dans la Outre la historique, se replonger romain

sexualité qui alimentent le

questionnement qui ne devrait être qu'un incessant des variations de la vie sexuelle selon les époques et les individus.

Ainsi, on apprend que les romains ne faisaient pas la distinction entre hétérosexuels et homosexuels mais qu'il y avait ceux qui « pénètrent et ceux qui sont pénétrés ». Les interdits

et les tabous se faisant autour de cette modalité de l'activité sexuelle.

A partir de cette donnée générale, dont le lecteur pourra apprécier toutes les subtilités au cours des quelques passionnantes 400 pages, Géraldine Puccini-Delbey construit son exposé autour de trois parties. La **première partie** consacrée au modèle du citoyen viril étudie l'institution du mariage, les relations sexuelles hors-mariage, les amours masculines et l'inceste. La **deuxième partie** intitulée « Corps et sexualité » décrit l'érotisme, la politique des corps et les maladies sexuelles. Enfin la **troisième partie** pose des « Regards critiques sur la vie sexuelle ». Les discours médicaux, la réflexion des philosophes, la critique des moralistes et le point de vue des historiens notamment autour de la figure de l'empereur comme monstre sexuel sont successivement abordés. Concernant ce dernier point, on sait à quel point certains empereurs romains seraient parfaitement en phase avec nos représentations modernes du monstre sexuel. On retrouve là les relations entre le pouvoir politique et la sexualité et cette propension qu'avaient les empereurs romains à s'accaparer les femmes des autres, sans que personne n'y trouve à redire (ou ne puisse y redire). Evidemment et heureusement, ces pratiques totalitaires et machistes où dominant le déni d'altérité et la relation d'emprise n'existent plus maintenant chez les dirigeants politiques contemporains ! MD.

La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles

Josefina Alvarez et Nathalie Gourmelon

Collection « Perspectives sur la justice

La documentation Française, 2007

La documentation française (www.ladocumentationfrancaise.fr) vient d'éditer un heureux travail qui émane de deux chercheuses d'un Groupement d'intérêt public créé par le ministère de la justice en 1994. Kamo espère pouvoir en relater le compte-rendu dans un prochain numéro. Toutefois, on ne peut que regretter que les responsables politiques ne s'appuient pas sur les outils, les travaux, les recherches qu'ils mettent eux-mêmes en place. C'est la marque d'un gaspillage effarant des biens communs, du savoir partagé et des compétences multiples. Pas étonnant que la France soit en faillite....

Ce travail montre ce qui se fait en matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles en milieu pénitentiaire. Outre les constats et analyses, ce travail pose des préconisations à destination des politiques qu'il ferait mieux de lire tranquillement au lieu de se lancer dans une frénésie pulsionnelle débridée de mesures intempestives, inutiles, dangereuses et inapplicables.

Pour l'heure est reproduit le texte de la 4^e de couverture :

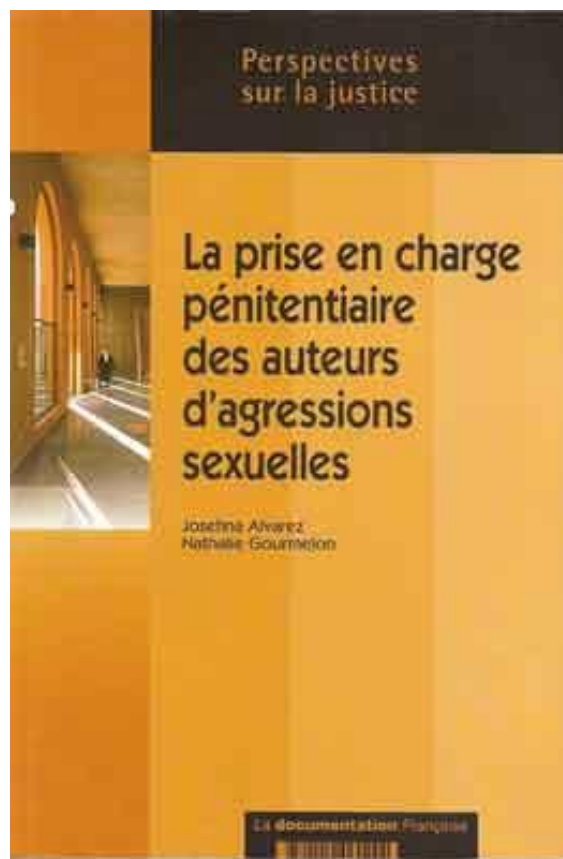
« Existe-il un traitement pour les auteurs d'agressions à caractère sexuel? Quelle prise en charge met en place l'administration pénitentiaire, principale responsable de leur suivi pendant l'incarcération mais aussi en milieu ouvert ?

Afin de répondre à ces questions et suite à une commande du ministère de la Justice, deux chercheuses du Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire de l'ENAP ont mené une étude de terrain. Elles dressent ici un état des lieux des mesures et moyens concrets mis en place par la justice et l'administration pénitentiaire pour prendre en charge ces individus, généralement incarcérés pour de très longues peines.

Par-delà les forts retentissements médiatiques provoqués par ce type « d'affaires » et l'émotion collective qu'elles suscitent, cet ouvrage a le mérite de réunir et de confronter des pratiques sanitaires, sociales et judiciaires - éclatées, souvent méconnues -, menées, par différents professionnels, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, magistrats.

L'exemple étranger est également à l'honneur avec une présentation des actions menées en Belgique dont la France s'est en partie inspirée.

Souvent alarmante, notamment sur la question des moyens alloués dans un contexte de surpeuplement carcéral; parfois encourageante: sur les initiatives novatrices prises par certains professionnels, l'analyse ne se limite pas au simple constat. Des préconisations à destination du politique sont posées, qui permettent d'envisager un certain nombre d'améliorations ».



AGENDA

Assemblée générale de l'Association « Tétra – Criminalité, délinquance et justice : connaître pour agir » – Samedi 20 octobre 2007. 10h – 13h30. Au siège de la FARAPEJ, 66 / 68 rue de la Folie Régnault, Paris XIe (métro Père Lachaise).

Les jeunes et la loi, Nouvelles transgressions ? Nouvelles pratiques ?, 35^e Congrès français de criminologie, Strasbourg, 14, 15, 16, novembre 2007, Poitiers. Renseignements et inscription : Bruno Domingo, Association Française de Criminologie (AFC), Délégué Régional Midi-Pyrénées, 22, rue Bourrassol, Apt 37, 31300 Toulouse, domingo.bruno@numericable.fr

Les malades mentaux incarcérés : qui sont-ils ? Recherches épidémiologiques et cliniques dans les prisons françaises – 19^e rencontres Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP) et des Unités pour Malades Difficiles (UMD) Lille, 21, 22 et 23 Novembre 2007, Institut Gernez Rieux, CHRU Lille, Inscription : Delphine COENS, SANTEXCEL, 255, rue Nelson Mandela, 59120 Loos, Tél. : 03 28 55 67 52 – Fax : 03 28 55 67 35 – courriel : dcoens@santexcel.com.

Les Rencontres des SPMP seront précédées des manifestations suivantes : Dedans, Dehors : Les articulations du soin à Béthune le 19 novembre 2007 et L'adolescent privé de liberté à Douai le 20 novembre 2007.

Les nouvelles figures de la dangerosité, colloque organisé par l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, 15, 16, 17 janvier 2008 à Agen. Renseignements site internet : www.enap.justice.fr.

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

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

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

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Information sur la population carcérale métropolitaine par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Pan-

théon Sorbonne). Pour recevoir la lettre d'information demandez-en la réception à : pierre-victor.tournier@wanadoo.fr

ARTAAS : www.artaas.org/

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

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

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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

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

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

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

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

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

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

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

Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication

Michel DAVID – Psychiatre des Hôpitaux

Rédacteurs :

Sophia BOUDINE - Franciane CONVERTY - Psychologues

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

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