

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales
Socapsyleg
socapsyleg@orange.fr



N°6-2007 – Juillet 2007

SOMMAIRE

Editorial « Bonjour chez vous »...	1
On veut des renseignements.....	3
Les Hôpitaux-Prisons (ASPMP)...	6
A propos de la systématisation de l'injonction de soins (ASPMP)....	7
Lettre se Socapsyleg aux députés de la Guadeloupe.....	8
Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale .	15
Actualités de l'ARTAAS	15
Juge délégué aux victimes .	18
4 ^e Rencontres Antillo-Guyanaises de Psychiatrie	19
Notes de lecture et documentation	19
Lecture critique en médecine ...	21
27 ^e rapport de la CNIL	22
CIFAS 2007	22
Agenda	23
Sites internet	23
Equipe rédactionnelle	24

EDITORIAL

Bonjour chez vous !

Rétines et pupilles,
Les garçons ont les yeux qui brillent
Pour un jeu de dupes :
Voir sous les jupes des filles,
Et la vie toute entière,
Absorbés par cette affaire,
Par ce jeu de dupes :
Voir sous les jupes des filles.
Alain Souchon

Pour cette période de vacances estivales, Kamo ouvre son numéro sur une double référence télévisuelle et de variétés chantées, avec un brin de fantaisie pour l'été. Les plus anciens se souviendront de cette série télévisée britannique, « Le prisonnier » où les membres étranges du « Village » se saluent d'un « *Bonjour chez vous !* », plutôt sinistre (la série est disponible en DVD).

Cette série ne peut que retenir l'attention de professionnels travaillant en prison. Il convient de rendre hommage à son acteur principal et producteur Patrick McGoohan, 40 ans exactement après la création de cette œuvre. Les nouvelles générations auront peut-être l'occasion, on l'espère, de pouvoir retrouver l'esprit de cette série dans une production cinématographique à venir.

De quoi s'agissait-il ? Un agent secret donne sa démission, avec colère et irritation. Toute la question sera de savoir pourquoi. Pour ce faire, il est kidnappé et il est incarcéré dans un charmant village (en pays de Galles) sous l'identité imposée de « numéro 6 ».

« On » (les méchants, les bons, le monde libre, les soviets où si l'on préfère les Jedi ou Dark Vador et le côté obscur de la force, Voldemort ou Harry Potter etc.) va chercher par tous les moyens à extirper la « Vérité » de ce cerveau rebelle. En vain. D'ailleurs, le psychanalyste Jacques Lacan n'écrivait-il pas malicieusement qu'il « *fallait mi-dire la vérité* » ou bien « *je dis toujours la vérité, mais pas toute car les mots y manquent* ».

Celui qui est devenu le numéro 6, tout en clamant qu'il n'est pas un numéro, se battra contre des numéros 2 fascisants, éternellement changeants, qui s'efforceront d'extirper de son cerveau maladivement résistant les secrets qui motivent sa décision de démission et qui probablement ne peuvent que le conduire irrésistiblement vers le côté obscur de la force. Peu importe les motivations de notre héros habile, et la fin énigmatique est excellente, car, sans réponse univoque, elle renvoie à l'éternel problème de l'intimité de l'esprit humain et de son exigence de respect. Insupportable pour ceux qui redoutent le vacillement de leur pouvoir. Les sociétés totalitaires ont de tout temps cherché à rééduquer les esprits défaillants, non compliants au pouvoir dominant, à la recherche permanente des complots (imaginaires ou non) qui pourraient faire vaciller leur prééminence. Volonté d'emprise pour compenser des angoisses de castration, finalement bien anodines et dépassables sans effondrement psychique quand on est à peu près « normalement » structuré.

Que veulent tous ces numéros 2 assoiffés de pouvoir (le numéro 1 reste invisible bien sûr) : des renseignements, des renseignements, des renseignements. Voilà ce qu'on demande sans cesse à notre numéro 6, incarcéré au « Village », très jolie prison dorée qui illustre par ailleurs que même dorée, la privation de liberté est une des souffrances les plus profondes de l'être humain.

Ce numéro de Kamo (le numéro 6 justement... , ce qui fera gloser aussi bien les psy en recherche d'interprétation que les tenants de pouvoir à l'affût de complots) fera état de ces problèmes de soit inextinguible de renseignements (bien souvent anodins et sans intérêts, quoique finalement voir sous les jupes des filles ...) que d'aucuns exigent des soignants soumis au secret professionnel. Espérons que la loi pénitentiaire à venir pourra entrevoir des solutions à l'incarcération à chaque fois que cela est possible tout en respectant le sentiment de sécurité auquel nous aspirons tous.

Ce numéro a le plaisir d'accueillir une contribution de Catherine PAULET, psychiatre des hôpitaux, présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, ce qui permet de relancer des appels à contribution. C'est l'occasion de remercier le soutien sympathique que nous recevons de nombreux d'entre vous et qui chacun de son côté contribue à diffracter nos informations et difficultés professionnelles. Dans un prochain numéro, nous indiquerons les sites qui « hébergent Kamo ».

Kamo s'efforce de donner une information précise mais comme vous avez pu le remarquer en adoptant une tonalité critique et parfois irritée. Nous sommes en effet désolés de ne pouvoir arriver à convaincre les décideurs d'adopter des mesures réalistes qu'ils nous imposeront en vain car inapplicables bien souvent. Et pourtant que d'efforts déployés par les représentants de nos associations et syndicats pour expliquer inlassablement la réalité de terrain et les contraintes professionnelles et scientifiques en participant à de multiples réunions auprès des autorités.

Nous aimerions pouvoir accueillir dans Kamo les témoignages des professionnels, même en les rendant anonymes (à l'exemple de la lettre du JAP exposée dans ce numéro), car il ne s'agit pas de stigmatiser nommément tel ou tel professionnel mais simplement de contribuer à dégager des solutions réalistes pour tous et conformes à nos missions de service public. Michel David.

« ON VEUT DES RENSEIGNEMENTS »
Les Juges d'application des peines et les SMPR

Le traitement de la délinquance, les problèmes liées à la dangerosité, la hantise de la récidive, l'exigence d'autorité, les phobies de prise de responsabilité sont autant de problèmes impossibles à résoudre : la quadrature du cercle du traitement de la délinquance et de la gestion de la surpopulation pénale.

Les juges d'application des peines (JAP) ressentent souvent des difficultés pour prendre leur décision. Que va-t-on encore leur reprocher si un libéré conditionnel commet un crime horrible ? Quand le Président de la République actuel n'était que ministre de l'intérieur, ils risquaient déjà ses foudres, médiatiquement bien relayées, alors que craindre maintenant qu'il exerce la magistrature suprême ? D'autant plus que la vigilance attentive des victimes à trop de laxisme devrait être encouragée avec la création annoncée d'un juge délégué aux victimes (cf. infra).

D'où une multiplication de précautions prise par les JAP pour éviter tout risque. L'avis des experts souvent, quand ils arrivent à en obtenir, et que leurs conclusions s'avèrent utiles à leur prise de décision (ce qui n'est pas toujours évident car de nombreux experts se réfugient dans les liti-tes, étant dans la crainte d'être trop affirmatifs), n'est souvent pas suffisante pour les magistrats. Ils se tournent alors vers les psychiatres ou les psychologues des SMPR pour avoir un avis plus circonstancié.

Pour illustrer ce débat, Kamo reproduit une lettre anonymisée reçue par un SMPR et en apporte un commentaire.

Lettre d'un juge d'application des peines à un SMPR

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
Service de l'application des peines

Juin 2007

Madame,

Suite à notre entretien téléphonique de ce matin et à celui qui s'en est suivi avec le Docteur X, votre chef de service, lequel m'a clairement confirmé qu'il n'était pas question pour les intervenants du SMPR de rédiger d'attestations autres que celle que vous avez bien voulu remettre -, à sa demande expresse -, à Monsieur Y et ce, au vu de la lettre explicative de son conseiller d'insertion et de probation, expliquant à l'intéressé que vous ne pouviez pas lui en écrire davantage à cause du secret médical quand bien même cette position arrêtée était susceptible de nuire aux détenus prétendant à une réduction de peine supplémentaire, au titre de l'article 721-1 du code de procédure pénale, j'ai l'honneur de vous - dans un souci de bonne collaboration, de bien vouloir, dans l'intérêt de Monsieur - dont je vous joins copie du courrier - qui peut prétendre à trois mois de réduction de peine supplémentaire sur la période allant du au et dont le cas doit à nouveau être examiné à la commission d'application des peines du, à votre convenance :

• soit, remettre à Monsieur Y, - condamné à 21 ans de réclusion criminelle et à un suivi socio-judiciaire, pour des viols par personne ayant autorité, viols sur mineur de quinze ans, et dont la fin de peine est

actuellement prévue pour le ainsi qu'il vous l'a demandé, une attestation indiquant s'il suit une « thérapie destinée à limiter les risques de récidive » ou non ou plus simplement que le suivi auprès de vous est en rapport avec les faits pour lesquels il a été condamné ou non,

• soit, vous joindre à la commission d'application des peines du afin d'éclairer cette dernière quant au suivi par le SMPR de ce détenu.

Vous remerciant de votre compréhension, et afin que vous compreniez bien qu'il s'agit pour nous, uniquement de déterminer dans quelle mesure, le détenu peut prétendre à une réduction de peine supplémentaire ou s'il consulte votre service par pur formalisme ou simple nécessité de se faire remettre des médicaments, je vous joins copie de l'article 721-1 du code de procédure pénale.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Analyse commentée de Kamo

Ce courrier appelle des remarques à la fois sur le fond et sur la forme des pratiques professionnelles Santé-Justice.

Remarques sur les pratiques professionnelles :

- Les SMPR doivent ne fournir à la demande de leurs patients que des attestations types de suivi sans autre information.

- La participation à la commission d'application des peines n'est pas utile car les professionnels de santé ne donneront pas davantage d'informations que celles contenues dans l'attestation.

Sur le fond :

La démarche pratique s'appuie sur des arguments de fond et les obligations légales auxquelles les professionnels de santé hospitaliers sont soumis.

1) Le secret professionnel fait partie de cette obligation première qui s'impose aux praticiens et nécessite de répéter inlassablement l'habituelle argumentation qui est limitative d'ailleurs. Il serait aisé de trouver d'autres innombrables références.

- Le secret professionnel est un devoir des professions de santé, obligation générale et absolue à laquelle il n'appartient à personne de les en affranchir. (1 : crim. 8 mai 1947, Bull. crim. N°124 ; D. 1948. 109, note Gulphe ; JCP 1948.II. 4141, note Legal ; Gaz. Pal. 1947. 2.12 ; 2 : 22 déc. 1966, Bull. crim. N° 305 ; D. 1967. 122, rapp. Combaldieu ; JCP 1967. II. 15126, note R. Savatier ; Gaz. Pal. 1967. 1. c.crim. 1967. 453, obs. Levasseur ; 3 : 5 juin 1985, Bull. crim. N°218 ; D. 1988. obs. Levasseur.

- Le secret médical doit être observé à l'égard des tiers en particulier quand ils en demandent la révélation par l'intermédiaire du malade lui-même (Civ ; 1^{re}, 18 mars 1986, Bull.civ. I, n°68 ; JCP 1986. II. 20629, concl. Gulphe).

- Un arrêt de cour d'assise (Crim 8 mai 19847, Bull. crim. N° 124 ; D. 1948. 109, note Gulphe ; JCP 1948. II. 4141, note Legal ; Gaz. Pal. 1947. 2.12.) a été cassé qui condamnait un médecin pour refus de déposer sur des faits connus de lui dans l'exercice de sa profession, alors même que ce médecin n'avait été invité à déposer que sur les constatations consignées dans un certificat délivré par lui à l'intéressé et que les parties aux débats avaient requis son témoignage. On peut trouver dans ce fait une analogie avec la comparution à la CAP.

- Le médecin qui a fait connaître à un tiers des constatations faites sur une personne en vertu de sa seule qualité doit être puni de violation de secret professionnel alors même que le résultat de ces constatations aurait été négatif (Crim. 9 nov 1901, DP 1902. 1. 235).

- Constitue une violation du secret professionnel le fait pour un médecin de révéler à des tiers des

dispositions qu'il a prises, eu égard à l'état de santé d'une personne, alors même d'ailleurs que ces dispositions ne permettraient pas de connaître la nature de l'affection dont cette personne peut être atteinte (Crim. 27 juin 1967, Bull. crim. N° 194 ; JCP 1968. II. 15411 (1^{re} esp.), note R. Savatier ; Gaz. Pal 1967. 2 178 ; D. 1967. Somm.115). La question de la délivrance d'une attestation de suivi est en elle-même déjà litigieuse.

- La violation de secret médical est caractérisée, même si le fait révélé par le médecin pouvait être connu indépendamment de cette révélation (Versailles, 30 avril 1990, D. 1990. IR. 178).

- Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris (art. 4 du code de déontologie médicale). Et l'on peut ajouter que l'on peut même « comprendre de travers », d'où une prudence nécessaire et absolue.

Le secret professionnel prévu à l'article 226-13 du code pénal, anciennement article 378 de 1810 à 1994, alors sous le sceau du modèle médical, a pour fonction de garantir les confidences faites auprès de certaines professions dans un intérêt général et d'ordre public. Violer le secret professionnel est un délit dont se rend complice la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation ou qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué à une infraction ou donner des instructions pour la commettre (article 121-7 du code pénal). On peut légitimement s'interroger face au ton comminatoire de cette lettre si elle n'entre pas sous le coup de l'article 121-7 (les trois critères juridiques de l'infraction semblent réunis : l'élément matériel : la lettre ; l'élément moral : l'intention, (à moins de considérer l'article 122-1...) et l'élément légal : l'article 121-7 (incitation par abus d'autorité à une violation du secret professionnel par un soignant).

2) Considérations autour de l'intérêt du détenu (patient)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé, outre qu'elle est à l'origine d'importants rappels sur les obligations liées au secret professionnel, est le fruit d'une longue élaboration voulue par les usagers du système de santé. Ceux-ci sont demandeurs d'une meilleure information médicale et sont las de subir ce que l'on appelle le paternalisme médical. Après information claire, loyale et adaptée en fonction de l'état des connaissances (les données actuelles et acquises de la science), il appartient à l'usager, et non au médecin, d'opter *in fine* pour la mesure thérapeutique qui est dans son intérêt (ce qui en soi est un idéal mais non une démarche aisée pour quelqu'un de malade et souvent désespéré).

Il est vain de chercher à rendre les soignants « coupables » en les rendant responsables de la non attribution de la réduction de peine, car le pouvoir de décision appartient *in fine* au magistrat et à lui seul. L'article 721-1 du code de procédure pénale, dont fait état le JAP, et que nous connaissons tous, indique que les détenus ne sont pas considérés comme faisant des efforts sérieux de réadaptation sociale s'ils ne suivent pas des soins et qu'en conséquence, ils ne peuvent pas bénéficier de réduction supplémentaire de peine sauf décision du juge d'application des peines. Comme pour les peines planchers, probablement rendues constitutionnelles en laissant aux juges la possibilité de ne pas les appliquer en motivant leur décision, il revient au magistrat de prendre sa décision en considération des éléments fournis en appuyant son jugement par une rencontre directe avec le détenu ou en sollicitant une expertise.

3) Considérations thérapeutiques

Les difficultés que nous rencontrons sont liées aux dispositions prises par le législateur sur l'initiative du pouvoir politique. Les « thérapies pour limiter la récidive » n'existent pas *stricto sensu*. La récidive délinquante ou criminelle est une notion juridique et les soignants s'occupent de pathologies. S'ils certifiaient mener des thérapies pour limiter la récidive, on pourrait les taxer de charlatanisme.

Outre cette assertion, les trois dernières lignes du paragraphe 2 de la lettre sont révélatrices de la complète incompréhension qui semble exister entre ce que se représentent les magistrats d'une thérapie et ce que nous faisons.

Il est illusoire de vouloir délimiter avec un excès de rationalisme l'objet d'une thérapie autour de l'infraction. Nous répétons souvent : nous ne soignons pas une infraction mais une personne dans sa globalité, en prenant en compte son histoire, ses résistances, ses souffrances, le contexte etc. Bien souvent, la thérapie n'émergera d'un pur formalisme qu'après des mois d'hésitation, d'arrêt, de reprise d'une démarche thérapeutique. Celle-ci est d'autant plus délicate qu'elle s'exerce dans le contexte de méfiance inhérent à la prison. La démarche court le risque de s'avérer *in fine* contre-productive car avec le pointillisme suspi-

cieux qu'elle instaure, elle est une entrave évidente à une éventuelle évolution de l'intéressé, positive pour lui-même et pour la société. Si un soignant atteste que la démarche est purement formelle, il paraît évident que le JAP refusera les remises de peine supplémentaires, que le patient en voudra à ses thérapeutes et aurait un bon motif pour arrêter ses efforts. Personne n'y gagnerait. Contrôler le contenu des pensées du condamné, contrôler les attestations des professionnels est une reproduction en miroir de la relation d'emprise qu'exercent de nombreux agresseurs sur leurs victimes. Expression moderne de la loi du Talion.

Les soins devraient être entièrement déconnectés du statut pénitentiaire et des remises de peine. On ne se fait pas soigner pour avoir des remises de peines mais parce que l'on a un problème sanitaire à traiter. De nombreux conseillers d'insertion et de probation et de nombreux juges de l'application des peines l'ont compris et d'autres non, peut-être par manque de pédagogie de notre part. La difficulté de notre fonction soignante en prison est suffisamment difficile et délicate pour qu'elle ne soit pas entravée par des démarches contre-productives pour tous (le patient, sa ou ses victimes, les professionnels de santé, de la justice, la société dans son ensemble).

Outrepasser une disposition d'ordre public et mépriser le droit à la vie privée (art. 9 du code civil), deux valeurs fondamentales des Etats de droit, pourraient annoncer un avenir sombre. MD.

POSITION sur les HÔPITAUX-PRISON de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP)

Soin psychiatrique en milieu pénitentiaire Limites et point de rupture : les hôpitaux-prisons

Position ASPMP – Paris – 4 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.

A PROPOS DE LA SYSTEMATISATION DE L'INJONCTION DE SOIN (ASPMP)

Catherine Paulet, psychiatre des Hôpitaux, Présidente de l'Association des secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), propose un « billet d'humeur » à propos du projet de loi contre la récidive des majeurs et des mineurs et auquel l'équipe de Kamo souscrit parfaitement.

A propos du projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs et de la « systématisation » de l'injonction de soin

Catherine Paulet

Psychiatre

Présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

28 juin 2007

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, crispiera 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. CP.

LETTRE DE SOCAPSYLEG AUX DEPUTES DE LA GUADELOUPE SUR LE PROJET DE LOI DE LUTTE CONTRE LA RECIDIVE DES MAJEURS ET DES MINEURS et TEXTE DU PROJET DE LOI

Le mardi 17 juillet 2007, les députés doivent étudier le projet de loi adopté par le Sénat après déclaration d'urgence renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et qui crée de fait une forme d'obligations de soins en prison et renforce les situations d'injonctions de soins. Rappelons que l'obligation de soins en prison a toujours été fermement refusée par les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire. L'incitation oui, l'obligation, non.

Lettre aux députés de la Guadeloupe

Mesdames et Messieurs les Députés de Guadeloupe,

Le mardi 17 juillet, l'Assemblée nationale doit étudier le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

De nombreux points inquiètent les professionnels qui auront la charge d'assurer une injonction de soins dans le cadre de la peine de suivi socio-judiciaire prononcée par les tribunaux.

L'inquiétude est motivée par :

- la non prise en compte des travaux des professionnels exprimés à l'occasion de la conférence de consensus intitulée « Psychopathologie et les traitements des auteurs agression sexuelle » de 2001 et de l'audition publique relative à « l'Expertise psychiatrique pénale » de janvier 2007 (textes consultables sur le site : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>).
- L'extension des opportunités d'injonctions de soins qui multiplieront expertises et moyens sanitaires actuellement connus comme particulièrement déficitaires et difficiles à combler (pénurie de psychiatres, d'experts psychiatres et de médecins coordonnateurs). Ces difficultés, bien connues des autorités, ne permettent pas l'application de la loi du 17 juin 1998 relative à la répression et à la prévention des infractions sexuelles.
- La non efficacité des dispositions, notamment des articles 8 et 9 du projet de loi, qui prévoient que réductions de peine et libération conditionnelle ne seront pas accordées si le condamné n'a pas accepté des soins en prison. Cette disposition implique de fait une obligation de soin en prison ce que les soignants en milieu pénitentiaire refusent, car elle s'avère inefficace et instaure une double peine (privation de liberté plus privation de consentir à des soins). Il faut tenir compte également que la prison n'est pas un lieu propice aux soins.

Outre ces considérations générales, nous attirons votre attention sur la situation en Guadeloupe.

Depuis début 2006, nous sommes quelques professionnels de la santé mentale du Pôle de Psychiatrie légale dépendant du Centre Hospitalier de Montéran à travailler en collaboration avec les autorités judiciaires (Le Parquet, les Juges d'application des peines), la DSDS (médecin inspecteur départemental) pour susciter des candidatures de médecins coordonnateurs et pour établir un réseau de psychiatres et de psychologues traitants.

En effet, pour l'instant la loi de 1998 demeure inapplicable en Guadeloupe par manque de médecins coordonnateurs et de professionnels motivés par ces soins très particuliers et spécialisés. Les professionnels de la Santé mentale préfèrent, et on ne peut pas le leur reprocher, consolider le dispositif de soins courants en santé mentale.

L'adoption du projet de loi risque d'allonger les procédures judiciaires (faute d'experts) ou rendra tout simplement inapplicables les nouvelles dispositions. Les quelques professionnels engagés dans ces soins spécialisés sont persuadés qu'il faut continuer la démarche entreprise par la loi de 1998 qui consiste à inciter à des soins certains délinquants incarcérés, mais pas à les y obliger. Outre l'inefficacité de la mesure, on peut craindre au contraire de faire émerger des comportements dangereux et des tensions dans le monde carcéral.

Comptant sur votre étude attentive de ce projet de loi, nous vous prions de croire, Mesdames et Messieurs les Députés, en l'assurance de notre respectueuse considération. Nous nous tenons également à votre disposition pour tout éclaircissement sur ces sujets, notamment sur la situation en Guadeloupe. MD et FC. Juillet 2007.

Projet de loi adopté par le Sénat

CHAPITRE I^{ER}

Dispositions relatives aux peines minimales et à l'atténuation des peines applicables aux mineurs

Article 1^{er}

Après l'article 132-18 du code pénal, il est inséré un article 132-18-1 ainsi rédigé :

« Art. 132-18-1. – Pour les crimes commis en état de récidive légale, la peine d'emprisonnement, de réclusion ou de détention ne peut être inférieure aux seuils suivants :

« 1° Cinq ans, si le crime est puni de quinze ans de réclusion ou de détention ;

« 2° Sept ans, si le crime est puni de vingt ans de réclusion ou de détention ;

« 3° Dix ans, si le crime est puni de trente ans de réclusion ou de détention ;

« 4° Quinze ans, si le crime est puni de la réclusion ou de la détention à perpétuité.

« Seules les sanctions pénales prononcées par le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs sont prises en compte pour l'établissement de l'état de récidive des mineurs.

« Toutefois, la juridiction peut prononcer une peine inférieure à ces seuils en considération des circonstances de l'infraction, de la personnalité de son auteur ou des garanties d'insertion ou de réinsertion présentées par celui-ci.

« Lorsqu'un crime est commis une nouvelle fois en état de récidive légale, la juridiction ne peut prononcer une peine inférieure à ces seuils que si l'accusé présente des garanties exceptionnelles d'insertion ou de réinsertion. »

Article 2

Après l'article 132-19 du code pénal, il est inséré un article 132-19-1 ainsi rédigé :

« Art. 132-19-1. – Pour les délits commis en état de récidive légale, la peine d'emprisonnement ne peut être inférieure aux seuils suivants :

« 1° Un an, si le délit est puni de trois ans d'emprisonnement ;

« 2° Deux ans, si le délit est puni de cinq ans d'emprisonnement ;

« 3° Trois ans, si le délit est puni de sept ans d'emprisonnement ;

« 4° Quatre ans, si le délit est puni de dix ans d'emprisonnement.

« Toutefois, la juridiction peut prononcer, par une décision spécialement motivée, une peine inférieure à ces seuils ou une peine autre que l'emprisonnement en considération des circonstances de l'infraction, de la personnalité de son auteur ou des garanties d'insertion ou de réinsertion présentées par celui-ci.

« La juridiction ne peut prononcer une peine autre que l'emprisonnement lorsqu'est commis une nouvelle fois en état de récidive légale un des délits suivants :

- « 1° Violences volontaires ;
- « 2° Délit commis avec la circonstance aggravante de violences ;
- « 3° Agression ou atteinte sexuelle ;
- « 4° Délit puni de dix ans d'emprisonnement.

« Seules les sanctions pénales prononcées par le tribunal pour enfants ou par la cour d'assises des mineurs peuvent être prises en compte pour la détermination de l'état de récidive.

« Par décision spécialement motivée, la juridiction peut toutefois prononcer une peine d'emprisonnement d'une durée inférieure aux seuils prévus par le présent article si le prévenu présente des garanties exceptionnelles d'insertion ou de réinsertion.

« Les dispositions du présent article ne sont pas exclusives d'une peine d'amende et d'une ou plusieurs peines complémentaires. »

Article 2 bis (nouveau)

Avant le dernier alinéa de l'article 41 du code de procédure pénale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le procureur de la République ne peut prendre aucune réquisition tendant à retenir l'état de récidive légale s'il n'a préalablement requis, suivant les cas, l'officier de police judiciaire compétent, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le service compétent de la protection judiciaire de la jeunesse ou toute personne habilitée dans les conditions prévues par l'article 81, sixième alinéa, afin de vérifier la situation matérielle, familiale et sociale de l'accusé ou du prévenu et de l'informer sur les garanties d'insertion ou de réinsertion de l'intéressé. »

Article 2 ter (nouveau)

Après l'article 132-20 du code pénal, il est inséré un article 132-20-1 ainsi rédigé :

« *Art. 132-20-1.*- Lors du prononcé de la peine, le président de la juridiction avertit le condamné des conséquences qu'entraînerait une condamnation pour une nouvelle infraction commise en état de récidive légale. »

Article 3

I. – L'article 20-2 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La diminution de moitié de la peine encourue s'applique également aux peines minimales prévues par les articles 132-18, 132-18-1 et 132-19-1 du code pénal. » ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, si le mineur est âgé de plus de seize ans, le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs peut décider qu'il n'y a pas lieu de le faire bénéficier de l'atténuation de la peine prévue au premier alinéa dans les cas suivants :

« 1° Lorsque les circonstances de l'espèce et la personnalité du mineur le justifient ;

« 2° Lorsqu'un crime d'atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité physique ou psychique de la personne a été commis en état de récidive légale ;

« 3° Lorsqu'un délit de violences volontaires, un délit d'agressions sexuelles, un délit commis avec la circonstance aggravante de violences a été commis en état de récidive légale.

« Lorsqu'elle est prise par le tribunal pour enfants, la décision de ne pas faire bénéficier le mineur de l'atténuation de la peine doit être spécialement motivée, sauf pour les infractions mentionnées au 3° commises en état de récidive légale.

« L'atténuation de la peine prévue au premier alinéa ne s'applique pas aux mineurs de plus de seize ans lorsque les infractions mentionnées aux 2° et 3° ont été commises une nouvelle fois en état de récidive légale. Toutefois, la cour d'assises des mineurs peut en décider autrement, de même que le tribunal pour enfants qui statue par une décision spécialement motivée. »

II. – L'avant-dernier alinéa de l'article 20 de la même ordonnance est ainsi rédigé :

« 2° Y a-t-il lieu d'exclure l'accusé du bénéfice de la diminution de peine prévue à l'article 20-2 ou, dans le cas mentionné au septième alinéa de cet article, de faire bénéficier l'accusé de cette diminution de peine ? »

Article 4

La première phrase du premier alinéa de l'article 362 du code de procédure pénale est complétée par les mots : « , ainsi que, si les faits ont été commis en état de récidive légale, de l'article 132-18-1 et, le cas échéant, de l'article 132-19-1 du même code ».

CHAPITRE II

Dispositions relatives à l'injonction de soins

Article 5

I. – L'article 131-36-4 du code pénal est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

2° Les deux premières phrases du deuxième alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

« Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et sui-

vants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale. »

II. – Le troisième alinéa de l'article 763-3 du code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° Les deux premières phrases sont ainsi rédigées :

« Si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. S'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines. » ;

2° Dans la dernière phrase, les mots : « de l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « des deux alinéas précédents ».

Article 6

Après l'article 132-45 du code pénal, il est inséré un article 132-45-1 ainsi rédigé :

« *Art. 132-45-1.* – Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve pour l'une des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

« En cas d'injonction de soins, le président 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 pourra être mis à exécution.

« Lorsque la juridiction de jugement prononce une peine privative de liberté qui n'est pas intégralement assortie du sursis avec mise à l'épreuve, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine. »

Article 7

I. – L'article 723-30 du code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° Dans le troisième alinéa (2°), les mots : « par les articles 131-36-2 (1°, 2° et 3°) et 131-36-4 » sont remplacés par les mots : « par l'article 131-36-2 (1°, 2° et 3°) » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, le condamné placé sous surveillance judiciaire est soumis à une injonction de soins, dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, lorsqu'il est établi, après expertise médicale prévue à l'article 723-31, qu'il est susceptible de faire l'objet d'un traitement. »

II. – La première phrase de l'article 723-31 du même code est complétée par les mots : « et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement ».

Article 8

La seconde phrase du premier alinéa de l'article 721-1 du code de procédure pénale est ainsi rédigée :

« Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7. »

Article 9

I. – L'article 729 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, une libération conditionnelle ne peut lui être accordée si elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé. Elle ne peut non plus être accordée au condamné qui ne s'engage pas à suivre, après sa libération, le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7. »

II. – Le premier alinéa de l'article 731-1 du même code est ainsi rédigé :

« La personne faisant l'objet d'une libération conditionnelle peut être soumise aux obligations prévues pour le suivi socio-judiciaire si elle a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel cette mesure est encourue. Sauf décision contraire du juge de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines, elle est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique s'il est établi, après l'expertise prévue à l'article 712-21, qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. »

III. – L'article 712-21 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase, les mots : « mentionnée à l'article 706-47 » sont remplacés par les mots : « pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Cette expertise détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. »

CHAPITRE III

Dispositions diverses et transitoires

Article 10

Le I de l'article 5 et l'article 6 de la présente loi entrent en vigueur le 1^{er} mars 2008.

Le II de l'article 5 et les articles 7 à 9 de la présente loi sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 11

La présente loi est applicable dans les îles Wallis et Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 5 juillet 2007.

Le Président, Signé : *Christian PONCELET*

AUDITION PUBLIQUE EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PENALE 25 et 26 janvier 2007

Fin janvier 2007 s'est tenue l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale au Ministère de la santé et des Solidarités, 14, avenue Duquesne à Paris 7^{ème}. Les lecteurs intéressés peuvent trouver les textes des experts sur le site de la Fédération Française de Psychiatrie : www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/.

A la suite de l'audition publique, le jury s'est réuni pour travailler à leurs recommandations. Elles sont disponibles dès maintenant sur le site cité ci-dessus et s'avèrent particulièrement intéressantes. Les psychiatres ont pris des positions fermes que l'on espère voir être suivies par les décideurs notamment politiques. Que la raison l'emporte sur la passion politique. Nous y reviendrons dans des numéros suivants. MD.

ACTUALITES de l'ARTAAS

Le nouveau bureau de l'ARTAAS

Suite à l'Assemblée générale de mai 2007 et aux modifications de son conseil d'administration, l'ARTAAS vient d'élire son nouveau bureau dont la composition est la suivante :

Composition du bureau

M. Claude BALIER : président

M. Bernard SAVIN : vice-président

M. André CIAVALDINI : vice-président chargé des affaires scientifiques

Mme Sophie BARON LAFORET : vice-président chargé de la communication externe

Mme Odile VERSCHOOT : secrétaire générale
M. Alain HARRAULT : secrétaire adjoint
M. Philippe GENUIT : trésorier
M. Jean BOITOUT : trésorier adjoint

Secrétariats spécifiques

Secrétaire aux régions : (sera communiqué ultérieurement)
M. Walter ALBARDIER : secrétaire à la formation et la vie professionnelle
Mme Nathalie LESCURE : secrétaire à la communication interne et la vie associative
M. Evry ARCHER : secrétaire scientifique

Responsables régionaux

Aquitaine : Christophe SY-QUANG-KY
Auvergne : Sophie THEBAUT
Bretagne / Pays de Loire : Karine CHARBONNEAU, Anthony MONNIER
Centre : Jean-Philippe CANO
Ile-de-France : Caroline LEGENDRE
Nord / Pas-de-Calais / Picardie / Belgique : Olivier VANDERSTUKKEN, Bernard SAVIN
Nord-Ouest / Normandie : Jean BOITOUT, Sylvie BROCHET
PACA : Sophie PLANTADE
Poitou-Charentes / Limousin : Claudette HUGON
Sud / Midi-Pyrénées / Languedoc : Nathalie LESCURE
Rhône-Alpes : André CIAVALDINI, Nelly JANIN
Antilles/Guyane : Michel DAVID, Franciane CONVERTY

Organisation ARTAAS en 3 pôles d'activités

- Pôle formation :
Sophie BARON LAFORET courriel : s.bl@wanadoo.fr
- Pôle recherche :
Jean MOTTE dit FALISSE courriel : Falissejea@aol.com
André CIAVALDINI courriel : andreciavaldini@wanadoo.fr
- Pôle communication/partage clinique :
Bernard SAVIN courriel : bernardsavin@wanadoo.fr

Comme pour de nombreuses autres activités professionnelles, les guadeloupéens aimeraient pouvoir s'investir davantage au niveau du bureau mais l'éloignement rend encore impossible une collaboration plus rapprochée. Verra-t-on avant la retraite un développement suffisant des NTIC pour compenser les distances avec le cortège de coûts, de temps perdus en déplacement et de fatigues qu'elles engendrent ? Ces contraintes ne nous empêchent toutefois pas de faire les efforts nécessaires pour rester au plus près de la vie associative.

CHARTRE

L'ARTAAS vient d'élaborer et d'adopter une charte que nous reproduisons in extenso :

L'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles, est une « association loi 1901 » fondée en 1996.

OBJECTIFS

- Favoriser l'échange des soignants autour de leurs expériences cliniques ;
- Promouvoir les actions thérapeutiques et les réseaux de soins ;
- Former et informer les personnels soignants, judiciaires et les médecins coordonnateurs ;
- Relayer et regrouper les informations sur les thérapeutiques ;
- Représenter les adhérents devant les instances régionales et nationales notamment les tutelles et les ministères ;
- Valoriser l'orientation psychanalytique et psychodynamique tout en restant ouvert aux autres approches ;
- Initier et promouvoir la recherche, tant théorique qu'appliquée, en lien avec les universités et associations compétentes sur tous les aspects de la problématique des violences sexuelles en ses versants cliniques, psychopathologiques, criminologiques et victimologiques.

FONDEMENTS CLINIQUES et THERAPEUTIQUES

L'ARTAAS a été fondée sur des valeurs humanistes et respectueuses de la personne humaine dans sa globalité et sa subjectivité. L'empathie et la bienveillance sont donc fondamentales dans les soins dispensés auprès des sujets auteurs de violences sexuelles qui suscitent souvent des réactions très fortes et des contre-attitudes négatives.

L'ARTAAS privilégie le mode de compréhension psychanalytique, non comme technique traditionnelle (cure type sur le divan), mais dans son essence. L'ARTAAS œuvre pour une rencontre humaine, avec une implication affective subjective du thérapeute qui accepte de mobiliser ses propres mouvements internes conscients et inconscients afin de parvenir à un véritable échange susceptible de toucher des éléments psychiques profonds du sujet. L'ARTAAS considère que cette implication personnelle permet d'accéder aux ancrages dans l'inconscient qui sont à l'origine des violences commises.

L'ARTAAS considère les violences sexuelles non comme une déviance, mais comme la manifestation d'une désorganisation psychique se manifestant par un recours à l'acte et un passage par l'acte, en lien avec l'histoire subjective de son auteur dans ses composantes tant conscientes et inconscientes que développementales et environnementales. L'ensemble des travaux de l'ARTAAS, des formations qu'elle dispense, des soins qu'elle promeut conserve une base psychanalytique comme fondement de son identité professionnelle : la clinique du sujet prévaut sur celle de l'acte.

Pour autant, les outils et techniques utilisés dans le cadre de la prise en charge peuvent relever d'approches différentes de cet axe analytique, dans la mesure où ils s'inscrivent éthiquement dans l'axe princeps et où leur but est de permettre à l'auteur de violences sexuelles une subjectivation de ses actes violents.

Cette approche implique, pour l'ARTAAS, que l'auteur de violences sexuelles soit pensé comme lié à la victime qui supporte la partie de la mentalisation qui fait défaut au sujet. Si l'ARTAAS consacre principalement ses activités à destination des auteurs de violences sexuelles, elle conserve en permanence le souci des victimes et de la souffrance qui leur a été infligée.

L'ARTAAS considère qu'un cadre thérapeutique doit toujours être clairement défini par des règles établies et explicites.

ARTICULATIONS THÉRAPEUTIQUES, SOCIALES ET JUDICIAIRES

Le traitement des auteurs de violences sexuelles concerne plusieurs champs d'intervention. C'est pourquoi l'ARTAAS œuvre pour une articulation entre les divers professionnels concernés. Dans le strict respect de l'espace thérapeutique, de l'intimité de la personne

justiciable et sans remettre en cause le secret professionnel, elle veille à la bonne définition du rôle et des missions de chacun des acteurs de ce traitement, tant dans leur contenu que dans leurs limites.

La priorité de l'ARTAAS est double : elle vise conjointement à accompagner le sujet, qu'il soit détenu, probationnaire ou libre, dans un travail de subjectivation et, dans ce cadre-là, à soulager sa souffrance.

La prévention de la récidive n'est pas l'objet premier de l'ARTAAS. Néanmoins, elle y participe au travers de l'articulation de son travail avec les acteurs sociaux et judiciaires. L'ARTAAS veille à communiquer sa manière de travailler tant auprès du sujet que des partenaires institutionnels.

ASPECTS ETHIQUES

Outre le secret professionnel, l'ARTAAS respecte les valeurs éthiques qui fondent l'acte soignant. Elle veille, dans le cadre de la Loi, aux principes de bienveillance et à l'autonomie du sujet d'autant plus scrupuleusement qu'une personne sous main de justice peut se trouver dans une certaine vulnérabilité.

Prix Evelyne et Jean Kestemberg 2006 attribué à André Ciavaldini

André Ciavaldini, vice-président de l'ARTAAS, chargé des affaires scientifiques, a reçu du comité de la Fondation Evelyne et Jean Kestemberg le prix honorifique 2006 pour ses travaux et son action sur la psychopathologie et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles.

Chaleureuses félicitations à André et il peut être assuré que les guadeloupéens célébreront ce succès avec le ti punch de « rigueur », sans abuser bien entendu et sans prendre la route par la suite....

LE JUGE DELEGUE AUX VICTIMES (JUDEVI)

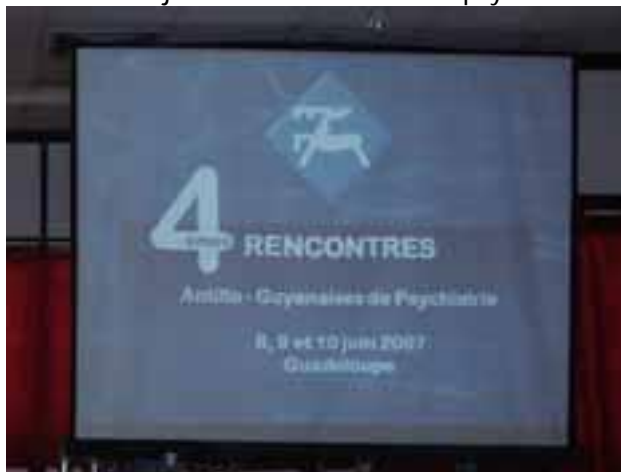
Plusieurs auteurs se sont exprimés autour de la victimocratie qui orientent fortement les décisions politiques judiciaires et politiques (pour ne citer qu'un exemple : « *La volonté de punir, essai sur le populisme pénal* » de Denis Salas, Hachettes Littérature).

Dans ce contexte que faut-il penser de la déclaration du Garde des sceaux, à l'occasion de la septième rencontre des associations de victimes et d'aide aux victimes, le 6 juillet à Melun, d'envisager la création d'un juge délégué aux victimes (JUDEVI) ? Il s'agirait de placer « la victime au cœur de l'organisation judiciaire ». Naïvement, on pouvait penser que celui qui était au cœur de l'organisation judiciaire était le justiciable, qu'il soit victime ou agresseur.

Après le JI, le JAP, le JAF (succédant au JAM), le JT (tutelles), le JLD, les juges administratifs, et j'en oublie probablement d'autres, voilà le JUDEVI. Faut-il lui souhaiter la bienvenue ? MD.

4^E RENCONTRES ANTILLO-GUYANAISES DE PSYCHIATRIE

Les 8, 9 et 10 juin 2007 se sont tenues les 4^e rencontres Antillo-Guyanaises de Psychiatrie à l'initiative du laboratoire Janssen-Cilag à Saint-François et ont réuni 70 psychiatres. La matinée du samedi 9 juin a été consacrée à la psychiatrie légale.



Monsieur Jean-Michel Prêtre, procureur de la République du TGI de Pointe-à-Pitre a pu échanger, au cours d'une table ronde animée par Michel David, avec les psychiatres présents et évoquer la problématique des injonctions de soins tout en assurant de l'importance qu'il apportait à la place et au rôle de chacun, notamment en matière de



secret professionnel.

A son initiative, une réunion de travail devrait avoir lieu fin septembre ou début octobre 2007 avec les psychiatres concernés, les magistrats (procureurs, JAP, JE, JI etc.) et la DSMS afin de concrétiser la nomination de médecins coordonnateurs et initier un réseau de psychiatres et de psychologues traitants.

L'intensité des débats sur les problématiques psycho-légales devrait inciter à la tenue de journées psycho-légales, ce qui fait partie des projets et des buts de Socapsyleg. MD.

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

Ils ont tué leurs enfants *Approche psychologique de l'infanticide* *Odile VERSCHOOT* *Imago*

Dans un précédent numéro de Kamo, nous avons présenté l'ouvrage d'Odile Verschoot en annonçant une note de lecture à venir. La voici donc, rédigée par Franciane Convery.

Odile Verschoot, psychologue clinicienne exerçant en milieu pénitentiaire, nous amène à travers son ouvrage à appréhender le fonctionnement psychique de ces parents qui ont tué leurs enfants. Intitulé : « *Ils ont tué leurs enfants* », cet ouvrage se présente comme un témoignage clinique et psychopathologique. L'auteur souligne qu'il ne s'agit pas d'un plaidoyer, ce témoignage ne vise pas à accabler, ni à défendre ou à juger ces criminels qui ont tué leurs enfants.

Pour évoquer ce crime communément appelé « infanticide », le terme « filicide » sera retenu par l'auteur car « dans sa constitution étymologique et phonétique, le mot « filicide » inclut la filiation, le lien et le meurtre qui sont au cœur de la problématique psychopathologique abordée dans cet ouvrage. »¹

Ce témoignage clinique est orienté sur la « compréhension » du fonctionnement psychique de ces parents meurtriers de leurs enfants. La demande quasi systématique d'aide faite par les détenues dites « infanticides » à l'adresse de l'auteur a suscité son intérêt pour ces criminels si particuliers. Elle souligne que dans le courant des années 1999 – 2001, environ un tiers de la population carcérale de la maison d'arrêt pour femmes de Nantes était constitué de détenues dites « infanticides ». La question de départ de l'auteur pourrait être ainsi résumée : Qu'est ce qui peut conduire ces parents sans antécédent judiciaire, ni maladie psychiatrique avérée, menant une vie apparemment « normale » à tuer leurs enfants ?

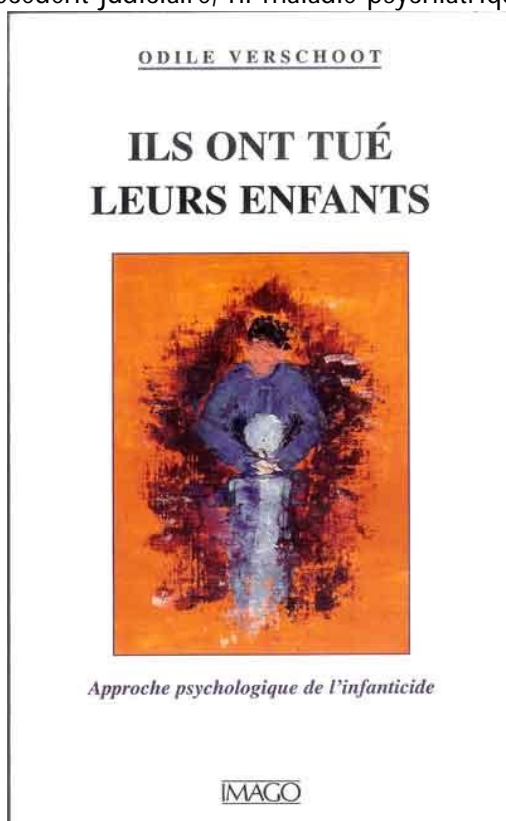
Cette démarche par l'auteur à l'issue des dans la dynamique de ces patients criminels qui contexte social actuel, centrale de l'enfant.

Elle propose au lecteur fonctionnement psychique leurs itinéraires de vie des entretiens L'analyse psychopla théorie psychanalytique. ses patients de l'intérieur, interne apparaît sans rabattement à la réalité souffrance indicible et palpable en dépit de la acte. L'exploration de la Christelle, tous deux sion à perpétuité pour pour avoir étouffé ses trois

sommeil, la deuxième pour avoir pendu deux de ses enfants après leur avoir fait ingérer des somnifères, met en exergue que rien en apparence dans leur histoire ne laisse présager du crime fou qu'ils vont commettre. « Et pourtant, lorsque je les rencontre en entretien au S.M.P.R., mes premières expressions sont tout autres. J'ai face à moi des personnes peu ordinaires et étrangement inquiétantes. »²

Un exposé des théories psychanalytique relatif au fonctionnement psychique est présenté avant d'aborder l'analyse des situations cliniques : « Pour comprendre comment fonctionne l'appareil psychique, ce qui le constitue et comment il se construit, il est nécessaire de commencer par le début, à savoir la toute première relation mère / enfant. Elle est en effet, la base sur laquelle vont s'édifier la conscience de soi, l'identité, l'autonomie et toutes les relations affectives. »³

L'écoute de ces patients a conduit l'auteur à repérer les « zones de fracture psychologique », les « béances psychiques » chez ces sujets, qui en apparence, ont été des parents « ordinaires » jus-



heuristique entreprise suivis qui s'enracine psychique individuelle n'occulte pas le notamment, la place

d'appréhender le de ces parents à travers recueillis dans le cadre psychologiques. thologique est basée sur Elle nous fait découvrir leur réalité psychique épaisseur comme un externe. Leur profonde devient monstruosité de leur biographie de Roland et condamnés à la réclusion-assassinat : le premier enfants pendant leur

¹ O. Verschoot, Ils ont tué leurs enfants, Éditions Imago 2007, p. 13

² ibid. p40

³ ibd. p 44

qu'à l'agir criminel filicide. Les mécanismes psychiques à l'œuvre chez ces patients tels l'emprise, le clivage, le déni de la réalité permettent d'attester à posteriori de leur dysfonctionnement psychique et éclaire sous un autre plan leur réalité externe. Ce qui a pu apparaître comme un surgissement de violence sans fondement prend progressivement sens au fil de l'exploration biographique qui se différencie des enquêtes policière et judiciaire, ainsi que des missions expertales réalisées par les psychologues et psychiatres experts.

Le travail d'élaboration mené par l'auteur avec ses parents criminels filicides leur a permis, au fil du temps, d'avoir, peu à peu, accès à une rencontre avec eux-mêmes, de sortir de l'imposture, du faux-semblant, du faux-self pour tenter de devenir authentique ; en « recollant » les morceaux épars de leur vie carencée, émaillée de ruptures, de blessures narcissiques. Cette entreprise thérapeutique a fait apparaître que ces enfants n'avaient pas d'existence propre mais qu'ils étaient comme faire valoir des histoires carencées de leurs parents, comme des trompe-l'œil de leur violence déniée. Au fil des récits, les « ratages » et « bricolages » de la psyché qui leur ont permis de ne pas se confronter à l'insupportable et irréprésentable souffrance, à la folie ont émergé peu à peu. La maturation psychique a pu progressivement s'élaborer ouvrant l'accès à des relations moins passionnelles et plus structurées.

Je vous invite donc à prendre lecture de ce livre que j'ai beaucoup apprécié pour sa qualité clinique ayant moi-même eu à assurer l'accompagnement mal aisé de ces criminels filicides, en l'occurrence des femmes exclusivement, qui à l'opposé de celles présentées par ma collègue ne formulaient aucune demande.

Cet ouvrage issu d'une recherche a été réécrit pour permettre le passage d'une quête scientifique à un témoignage psychopathologique s'étayant sur les apports de la psychanalyse. Ce témoignage théorico-clinique riche, vivifiant et foisonnant nous amène à nous poser plus de questions qu'il n'apporte de réponses néanmoins cette lecture m'apparaît nécessaire. L'auteur nous incite à la réflexion, nous oblige à interroger les évidences. Cet exposé psychologique didactique et pédagogique est abordable par les initiés et les non initiés de la psychanalyse en ce sens, ce livre est à plus d'un titre appréciable. Je vous en recommande la lecture. Franciane Converty.

La Lecture critique d'article dans les facultés de médecine

Dans un numéro précédent de Kamo, nous avons fait part d'un débat autour de l'introduction de la lecture critique d'articles scientifiques dans les études de médecine. Le rapport du député Pierre-Louis FAGNIEZ, intitulé « *Evaluation de la mise en place de l'enseignement de la lecture critique d'article dans les facultés de médecine et opportunité de son intégration aux épreuves classantes nationales* » (56 pages) vient d'être déposé. Il est téléchargeable sur le site de la Documentation française.

Le rapport est présenté de la manière suivante sur le site de la Documentation française : « *Introduire l'apprentissage de la lecture critique d'article (LCA) scientifique dans les études médicales est une idée qui remonte aux années 1980. L'introduction de cette épreuve dans le concours de l'internat, évoquée en 1981, a été mise à l'ordre du jour en 2002, suscitant une forte opposition des organisations étudiantes qui craignaient que le dispositif pédagogique ne soit pas suffisamment harmonisé pour assurer une formation équivalente dans l'ensemble des établissements. Ce rapport insiste sur le bien-fondé de la LCA scientifique et sur les modalités générales de sa mise en oeuvre, sans toutefois ignorer les craintes affichées quant aux modalités d'évaluation et de notation. Il expose les avis divergents sur l'intégration de cette épreuve dans le classement national, mais estime cet enseignement indispensable pour la formation des futurs médecins car la LCA leur permet d'actualiser en permanence leurs connaissances et leur donne une méthode d'analyse de l'information garante de leur autonomie professionnelle. Il émet des recommandations pour la mise en place effective de cette épreuve en juin 2008* ».

27^e rapport d'activité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Les médias se sont faits largement l'écho de ce rapport et notamment de son président qui souligne les risques d'atteintes aux libertés individuelles facilités par les convergences des nouvelles technologies et appelle les citoyens à être vigilants pour éviter que les nouveaux outils bien pratiques par ailleurs, ne se retournent pas contre nos libertés. On y trouvera également des recommandations au sujet du dossier médical.

Le rapport est téléchargeable sur le site de la CNIL et sur celui de la documentation française qui le présente de la manière suivante :

« Le rapport 2006 de la CNIL met en exergue, cette année, les risques que font peser sur les libertés une société de surveillance toujours plus développée en même temps que progressent les demandes d'autorisation de recours à la biométrie. Les membres de la Commission soulignent ensuite l'accroissement des textes réglementaires induits par la loi antiterroriste du 23 janvier 2006 et la réduction des marges de manoeuvre de la CNIL face au traitement des demandes d'autorisation qui en découlent. Ils présentent ensuite les autres temps forts de l'année écoulée, le bilan chiffré de la CNIL, ses recommandations, le type de demandes, des missions d'investigation et de vérifications auxquelles elle procède. Le rapport fait ensuite le point sur la mise en place, il y a un an, du « correspondant informatique et libertés », sur l'encadrement de l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale), sur la consultation administrative des fichiers de police, du dossier médical personnel et sur le vote électronique ».

Comme toujours, « On » veut des renseignements....

4^{EME} CONGRES INTERNATIONAL FRANCOPHONE - CIFAS 2007

Le programme détaillé du 4^{ème} Congrès international francophone, CIFAS 2007, intitulé « L'agression sexuelle, Victimes et Agressors, un autre regard sur les violences sexuelles en santé publique » qui se tient le 13-14-15 septembre 2007, Palais des Congrès à Paris est détaillé sur son site (<http://www.cifas2007.com>). Deux d'entre nous y avaient proposé une communication intitulée : « Projet de programme hospitalier de recherche clinique relatif aux auteurs de violences sexuelles ». Nous y avons renoncé du fait des frais personnels qu'il faut y engager pour y participer (pas d'exonération des frais d'inscription) et qui s'élèvent environ à 2000 € (du fait du prix du billet d'avion).

A une époque où l'on clame qu'il « faut travailler plus pour gagner plus », on constate qu'il s'agit plutôt de « Travailler plus pour gagner moins » ou bien encore « Payer pour travailler ». Et l'on peut imaginer que ces pratiques vont se répandre avec des « prestations » diverses payantes qui permettront aux médecins d'acheter points d'EPP et de FMC sans que pour autant leur compétences soient améliorées de manière significative alors que l'on peut être certain que le service rendu aux patients sera de moindre qualité du fait de leurs absences pour participer aux formations qualifiantes. Heureux seront les organismes formateurs !

AGENDA

L'agression sexuelle, Victimes et Agressors, un autre regard sur les violences sexuelles en santé publique – 4^{ème} Congrès international francophone, CIFAS 2007, 13-14-15 septembre 2007, Palais des Congrès, Paris, Secrétariat du congrès : Antenne de Psy Légale, 22, rue de Châteaudun 92250 La Garenne-Colombes. Formulaire d'inscriptions et de proposition de communication : <http://www.cifas2007.com>.

Crimes, délits, autres transgressions : recherches cliniques dans les prisons – 19^e Journées Nationales annuelles SPMP & UMD, Lille, 22 et 23 Novembre 2007. Inscription : Fanny BOY, SANTEXCEL, 255, rue Nelson Mandela, 59120 Loos, Tél : 03 28 55 67 52 – Fax : 03 28 55 67 35 – courriel : fboy@santexcel.com.

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 XX^e siècle (Université Paris 1. Panthéon 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.fraternet.org/anvp/

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'Ethique pour les sciences de la vie et de la Santé (CCNE) : www.ccne-ethique.fr

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

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

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

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).

ON VEUT DES RENSEIGNEMENTS

DES RENSEIGNEMENTS

DES RENSEIGNEMENTS

DES RENSEIGNEMENTS.....

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).