

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales
Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N°3 – Novembre 2006

SOMMAIRE

Editorial	1
Prise en charge des personnes susceptibles d'être dangereuses	2
Réponses à la dangerosité Rapport Garraud	3
Affectation Dr F. Monthézin au SMPR de Baie-Mahault	6
Formation ARTAAS Médecin coordonnateur	6
Formation ARTAAS et colloque Socapsyleg	9
18^{èmes} journées des SPMP	10
Les projets d'UHSA	10
Notes de lectures	11
Agenda	13
Sites internet	12
Equipe rédactionnelle	14

EDITORIAL

La dangerosité

Le mois dernier, Kamo de Socapsyleg avait évoqué la manière dont on pouvait parler de la violence et avait fait état des chiffres de la délinquance annoncé par l'Observatoire national de la délinquance et par la manière dont ils pouvaient être évoqués dans les médias.

Durant le mois d'Octobre 2006, deux rapports relatifs à la dangerosité ont été rendus publics. Nous faisons état de ces deux travaux dans ce numéro. L'un d'entre eux, d'origine administrative, fait une description très réaliste et lucide de la question de la dangerosité et s'efforce de faire des propositions concrètes. L'autre de source parlementaire, bien qu'avançant certaines propositions intéressantes en soi, approfondit celles de la commission Santé-Justice (dite Burgelin, juillet 2005). Ce rapport laisse dubitatif quant à leurs possibilités de réalisation, sans compter l'engrenage qu'elles peuvent créer quant à une atteinte aux libertés individuelles. D'autant plus que les décisions de placement pour une durée illimitée en centre fermé de protection sociale (CFPS) pourront s'appuyer sur tous les savoirs incertains qui entourent la prédictivité des comportements dangereux.

Michel DAVID

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUSCEPTIBLES
D'ÊTRE DANGEREUX
IGA – IGSJ – IGAS
Février 2006

A la suite d'accidents graves survenus dans les hôpitaux, dont le drame de Pau, le ministre de la santé (P. Douste-Blazy), le Garde des Sceaux (D. Perben) et le ministre de l'intérieur (D. de Villepin) ont chargé l'Inspection générale de l'administration (IGA), l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'étudier, en lien avec la réflexion menée sur la réforme des dispositifs d'hospitalisation sans consentement, la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. Les points suivants doivent être étudiés : 1) les modalités de prise en charge de ces patients et leur suivi au long cours ; 2) Identifier les facteurs déclenchants d'actes de violence et les facteurs de prévention ; 3) Analyser les relations entre les équipes de soins, les patients et les familles ; 4) Repérer la pertinence des outils nécessaires pour répondre à ces situations.

Les inspections livrent une analyse détaillée qui intéressera les professionnels de la psychiatrie. On remarquera notamment que si les violences graves subies par les professionnels ne sont pas nombreuses, les risques sont en augmentation, à l'origine de peurs pour les professionnels et de davantage d'enfermements pour les patients. Il s'agit dès lors de s'attacher à une action sur les conditions créatrices du danger.

Les rapporteurs précisent *in limine* que la dangerosité est une notion aux contours flous. La maladie mentale, même si elle peut conduire à des actes graves, ne doit pas être équivalente de violence automatique. Si les professionnels qui prennent en charge ces patients ressentent une insécurité grandissante, la réalité de la dangerosité n'est pas toujours démontrée. Par contre les facteurs de risque liés à cette dangerosité sont davantage repérables.

Ils tiennent d'abord à la défaillance des solidarités sociales et des dispositifs de prévention. L'expression de la violence, assez diffuse, est le reflet de l'évolution de la société. L'appréciation de la dangerosité reste une démarche complexe posant la question de la prédictibilité scientifique des comportements humains. L'expertise psychiatrique tient une place importante pour mesurer la dangerosité mais sa situation est connue comme critique pour plusieurs raisons. Le Centre national d'orientation de Fresnes (CNO) est un outil technique de qualité pour analyser la dangerosité des condamnés mais il est saturé par l'importance numérique des demandes. La prise en compte de la dangerosité des patients hospitalisés fait l'objet de décisions contestables, notamment selon les rapporteurs, trop d'HDT au lieu d'HO.

Les facteurs de risque dépendent également de la défaillance des réponses institutionnelles. Les institutions sont en surchauffe. Les hôpitaux sont débordés, notamment les urgences. Les sorties d'hospitalisation sont précipitées pour permettre des admissions, dans un contexte de contraintes budgétaires et d'ARTT. Les prisons sont surpeuplées. La justice est de plus en plus sollicitée ainsi que les services de police et de gendarmerie. Les conditions d'accueil et de prise en charge des patients sont critiquables. Les professionnels rencontrent des situations de fragilité liées à la moindre cohésion des équipes hospitalières, au décalage entre les qualifications exigées et les aptitudes requises sur le terrain. La remise en cause de la formation des infirmiers en psychiatrie est notamment soulignée. Les surveillants pénitentiaires, les SPIP sont également en difficulté face aux personnes sous main de justice présentant des troubles mentaux. Le cadre d'exercice des soignants est instable. Les principes de gestion de secteurs psychiatriques, leur organisation et les pratiques médicales ne sont plus suffisamment lisibles. La discipline médicale psychiatrique traverse une période de flottement sur le plan de la théorie et des pratiques.

La mission conclut de ses analyses qu'il n'existe plus de consensus social sur la prise en charge des patients dangereux présentant des troubles mentaux et que si des mesures de protection sont

nécessaires, elles doivent se situées dans une stratégie globale pouvant agir sur les facteurs de risque.

La mission émet des propositions qui se répartissent sur trois axes :

- 1) Une meilleure organisation des soins
 - a. Redéfinir la sectorisation psychiatrique en revenant à ses principes tout en s'adaptant aux évolutions du système de santé.
 - b. Etablir des pratiques médicales fiables et consensuelles : conférences de consensus, évaluation et recherche clinique
 - c. Recourir à des perspectives de gestion claires : arrêt de la fermeture des lits de psychiatrie en fonction des besoins, financement des hôpitaux psychiatriques adaptés à l'activité, stratégie pour lutter contre la baisse démographique des psychiatres
 - d. Accueil adapté des patients dans les services d'urgence

- 2) Mieux adapter les prises en charge à la situation du patient
 - a. Renforcer la confiance dans la relation soignant-soigné : évaluation de la loi du 4 mars 2002
 - b. Mieux évaluer la dangerosité pour mieux orienter les patients : structurer l'observation de la violence au sein des hôpitaux ; étude sur les outils d'évaluation ; améliorer les conditions de l'expertise judiciaire ; évaluation et orientation des détenus atteints de pathologie mentale plus performante
 - c. Encadrer les modalités de la contention à l'hôpital.
 - d. Redéfinir le statut du malade obligé à des soins : création d'une obligation de soins ambulatoire
 - e. Cadre juridique de la prise en charge hospitalière à clarifier.
 - f. Priorisation de l'insertion sociale des patients dangereux.

- 3) Renforcer les aptitudes des professionnels et développer les coopérations
 - a. Favoriser la formation des professionnels
 - b. Renforcer les coopérations entre les institutions

La mission considère que ses propositions ne pourront être prise en compte que par une réforme législative d'envergure sur la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, « engagée à partir d'un travail de concertation important avec l'ensemble des professionnels concernés et les représentants des familles et des usagers de la psychiatrie ».

On remarquera, à partir de cette dernière phrase, que tel n'est pas le cas actuellement avec le projet de loi de prévention de la délinquance qui n'a pas associé l'ensemble des acteurs concernés. Il est regrettable qu'il y ait autant de décalage entre des propositions dignes du fonctionnement démocratique de notre société et des passages à l'acte politiques non respectueux d'une démarche participative à laquelle on serait en droit de s'attendre dans un Etat moderne.

REPONSES A LA DANGEROUSITE
Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre
à J-P GARRAUD, député de la Gironde
Octobre 2006

La mission confiée au député J-P Garraud par le Premier Ministre se devait d'étudier les points suivants :

- 1) Approfondir les suggestions de la commission Santé-Justice (Dite Burgelin, juillet 2005) qui seraient susceptibles de constituer des outils d'aide à la décision pour les magistrats tout au long de la procédure
- 2) Etude de la création des équipes ressources interrégionales composées de magistrats, de psychiatres et de psychologues chargées d'examiner la dangerosité des personnes en cause
- 3) Mise en place d'un centre de documentation psycho-criminologique
- 4) Améliorer la qualité des expertises

Il en est résulté 21 préconisations (cf. Tableau ci-dessous pour le détail) dont on retiendra essentiellement :

- 1) Le développement de la recherche pour définir les critères de la dangerosité
- 2) L'amélioration des conditions de réalisation des expertises avec le souhait de voir la création d'une « école de formation des experts » et de préciser les missions d'experts
- 3) Définir les objectifs de l'expertise psychologique
- 4) S'assurer du bon fonctionnement des fichiers divers
- 5) Créer des Centres régionaux d'observation sur le modèle du CNO
- 6) Créer des commissions pluridisciplinaires d'évaluation de la dangerosité
- 7) Prévoir une juridiction pour se prononcer sur l'imputabilité des faits dans les situations d'irresponsabilité pénale
- 8) Création d'une obligation de soin ambulatoire
- 9) Etendre la peine de suivi socio-judiciaire à l'ensemble des infractions d'atteintes aux personnes
- 10) Instaurer une mesure de suivi de protection sociale
- 11) Instaurer une mesure de sûreté exécutée dans un centre ferme de protection sociale

Préconisation n°1 : Développer une activité de recherche scientifique afin de définir les critères objectifs de dangerosité en distinguant la dangerosité criminologique de la dangerosité psychiatrique.

Préconisation n°2 : Améliorer la rémunération des psychiatres et prévoir une graduation de cette rémunération en fonction de la complexité de la mission.

Préconisation n°3 : Mettre en place un système de tutorat afin de permettre un accompagnement des nouveaux experts psychiatres par des experts confirmés. Créer une « école de formation des experts » qui, placée sous l'autorité du ministère de la Justice, dispenserait des enseignements de méthodologie de l'expertise judiciaire et de méthodologie de rédaction des rapports, tout en permettant de créer les conditions d'une culture de complémentarité entre les différentes disciplines expertales ainsi qu'une synergie avec la formation des enquêteurs et des magistrats.

Préconisation n°4 : Instituer dans le ressort de chaque cour d'appel, une instance de concertation entre les différents acteurs judiciaires et les experts médecins, psychiatres et psychologues. *Placée sous l'autorité conjointe des chefs de cour, cette structure aurait pour objet d'officialiser les échanges entre les professionnels et de définir, autant que de besoin, des modalités pratiques de collaboration ainsi que des protocoles d'intervention.*

Préconisation n°5 : Organiser une conférence de consensus sur l'expertise psychologique afin de réfléchir sur les objectifs et les limites des expertises psychologiques, l'identité, l'éthique et la déontologie des experts, leur solitude ainsi que sur les modalités pertinentes de réalisation des expertises, et de leur évaluation.

Préconisation n°6 : Renforcer les exigences de formation des experts psychologues Définir les incompatibilités circonstanciées à l'exercice d'une mission d'expert. Identifier les domaines d'intervention de la psychocriminologie et les cursus universitaire et professionnel correspondants.

Préconisation n°7 : Adapter l'objet de la mission de l'expert psychiatre requis au cours d'une garde à vue ou à l'occasion d'une demande d'aménagement de peine à la recherche d'éventuels troubles psychiatriques nécessitant des soins psychiatriques urgents et contre indiquant la garde à vue ou la mesure envisagée.

Préconisation n°8 : Centrer les questions posées à l'expert psychiatre sur le diagnostic d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle des actes du mis en cause au moment des faits, tout en demandant l'avis de l'expert sur la dangerosité de la personne ainsi que les perspectives d'une possible évolution Ajouter une question relative aux modalités de réponse pénale appropriées en cas de diagnostic d'une altération du discernement. En cas d'incarcération de la personne, faire figurer les conclusions de l'expert relatives à l'altération du discernement sur la notice individuelle destinée à l'administration pénitentiaire.

Préconisation n°9 : Développer et soutenir des recherches menées conjointement par des universitaires et des professionnels aux fins d'élaborer des outils actuariels d'évaluation de la dangerosité criminologique pouvant être utilisés au soutien d'un examen clinique.

Préconisation n°10 : S'assurer que les fichiers et outils existants soient dotés des moyens financiers et matériels nécessaires à leur bon fonctionnement.

Préconisation n°11 : Maintenir la mention des condamnations au bulletin n°1 du casier judiciaire, des individus dont la dangerosité criminologique est avérée. Modifier la périodicité de l'obligation de justifier de son adresse (tous les mois) pour les individus inscrits au F.I.J.A.I.S. et dont la dangerosité criminologique est avérée.

Préconisation n°12 : Développer les interconnexions entre les fichiers de police, de justice ainsi que les fichiers des autres administrations susceptibles de contenir des informations permettant d'appréhender l'éventuelle dangerosité d'une personne.

Préconisation n°13 : Créer un Répertoire des Données à caractère personnel Collectées dans le cadre des Procédures Judiciaires (R.D.C.P.J.) rassemblant, sous la forme d'une base de données, l'ensemble des expertises judiciaires, psychiatriques et psychologiques, les comptes rendus des examens médicaux effectués en garde à vue lorsqu'ils mentionnent l'existence d'une forme de dangerosité, les analyses effectuées par le Centre National d'Orientation, ainsi que les documents administratifs relatifs aux hospitalisations d'office intervenues à la suite d'une décision fondée sur l'irresponsabilité pénale de la personne mise en cause.

Préconisation n°14 : Créer des Centres Régionaux d'Observation ayant pour mission, au sein des différentes régions de l'administration pénitentiaire, de remplir les fonctions actuellement dévolues au C.N.O.

Préconisation n°15 : Créer des « commissions pluridisciplinaires d'évaluation de la dangerosité » chargées, sur réquisitions judiciaires, de donner un avis sur la dangerosité d'un mis en examen ou d'un condamné. Ces structures pourraient intervenir, soit de manière obligatoire, soit de manière facultative, selon la gravité des faits, aussi bien au stade de l'instruction du dossier, qu'au stade de l'exécution de la peine.

Préconisation n°16 : En cas de non-lieu à raison de l'irresponsabilité pénale de la personne mise en examen, confier au collègue de l'instruction ou, à défaut, à la chambre de l'instruction, la charge de se prononcer sur l'imputabilité des faits.

Préconisation n°17 : Définir plus précisément la procédure de l'article L.3213-7 du code pénal en fixant des délais de transmission d'information et de prise de décision d'hospitalisation d'office.

Préconisation n°18 : Modifier les dispositions la loi du 27 juin 1990 en créant une obligation de soin ambulatoire et en modifiant en conséquence le régime de la sortie d'essai. Avoir une réflexion pour savoir ce qu'il convient de faire après la levée de l'hospitalisation d'office.

Préconisation n°19 : Etendre la peine de suivi socio-judiciaire à l'ensemble des infractions d'atteintes aux personnes. Supprimer le numerus clausus des dossiers pouvant être suivis par un même médecin coordonnateur.

Préconisation n°20 : Instaurer une mesure de « suivi de protection sociale » : Destinée à assurer un suivi social des auteurs d'infractions ayant purgé leur peine privative de liberté et présentant une dangerosité criminologique persistante, cette mesure de sûreté de nature non pénale, serait prononcée, pour une durée indéterminée, par le juge des libertés et de la détention, au visa d'une expertise sur la dangerosité réalisée par la « commission pluridisciplinaire d'évaluation de la dangerosité », à l'issue d'un débat contradictoire, public, tenu en la présence d'un avocat. Dans le cadre de cette mesure, révisée tous les deux ans, la personne concernée serait tenue, sous le contrôle de l'autorité préfectorale via les forces de l'ordre et au besoin des D.D.A.S.S., de respecter certaines obligations ou interdictions comparables à celles pouvant être prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Le non-respect de l'une de ces obligations ou interdictions serait constitutif d'une nouvelle infraction.

Préconisation n°21 : Instaurer une mesure de sûreté exécutée en milieu fermé, au sein d'un Centre Fermé de Protection sociale : Il s'agirait d'un établissement public cogéré par les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé, destiné à accueillir les auteurs de crimes présentant une dangerosité criminologique persistante et particulièrement forte et ne bénéficiant d'aucune mesure de suivi en milieu ouvert et ce, après une décision de principe prononcée, soit par la juridiction de jugement, soit par le tribunal de l'application des peines. Afin de

confirmer la persistance de la dangerosité de la personne au moment de l'entrée en vigueur effective de la mesure, sa mise en œuvre devrait toujours résulter d'une décision finale du tribunal de l'application des peines, cette décision étant rendue au visa d'une expertise confirmant cette dangerosité, réalisée par la « commission pluridisciplinaire d'évaluation de la dangerosité », après un débat contradictoire, public, tenu en la présence de l'avocat de l'intéressé. Le prononcé de cette mesure de sûreté devrait faire l'objet d'une révision annuelle.

Tableau 1. Préconisations Rapport Garraud. Octobre 2006.

De nombreuses préconisations sont « classiques » relativement aux expertises psychiatriques et psychologiques. La reprise des mesures de protection sociale : le « suivi de protection sociale » et surtout le centre fermé de protection sociale va entraîner le plus de réactions. Notamment, le centre fermé de protection sociale (un seul devrait suffire) qui devrait concerner environ 200 ex-détenus, auteurs de crimes contre les personnes ayant purgé une peine de réclusion criminelle et qui présentent une dangerosité criminelle résiduelle importante. La mesure serait prononcée pour une durée illimitée mais avec un réexamen annuel obligatoire par le Tribunal d'application des peines. On laissera le lecteur apprécier la mesure.

Ce rapport prévoit l'extension ou la création de mesures, certaines très pertinentes dans le principe, mais probablement extrêmement coûteuses, sans que leur efficacité soit assurée. Elles consistent parfois en une extension de mesures précédentes qui n'ont pas donné tous les résultats attendus faute de moyens, comme le suivi socio-judiciaire (SPIP débordés, manque de médecins coordonnateurs et surtout réseau défaillant voire absent de médecins ou de psychologues traitants).

Il est aisé de concevoir des modèles théoriques mais leur application sur le terrain est chroniquement boiteuse.

**BIENVENUE AU DOCTEUR FREDERIQUE MONTHEZIN
AU SMPR DE BAIE-MAHAUT**

Le SMPR de Baie-Mahault comporte dans ses effectifs 2.5 ETP de psychiatres. Seuls 1.5 ETP étaient en fonction jusqu'au 25 octobre dernier. L'arrivée du Dr Monthézin, praticien hospitalier, est un réel plaisir pour le service et ne pourra que participer à l'amélioration des prestations du SMPR, d'autant plus que F. Monthézin connaît bien le travail en milieu pénitentiaire pour avoir exercé à la maison d'arrêt de Luynes ainsi que la Guadeloupe pour avoir été interne au CHU et pour s'y rendre régulièrement depuis.

Toute l'équipe du SMPR lui souhaite évidemment la bienvenue et remercie également la contribution du personnel pénitentiaire à cet accueil qui s'est notamment concrétisé par une proposition spontanée de lui faire visiter le centre pénitentiaire de Baie-Mahault.

**CYCLE DE FORMATION ARTAAS :
La fonction de médecin coordonnateur
Pratique de l'interface santé-justice**

L'ARTAAS organise au ministère de la santé le vendredi 24 novembre 2006 à Paris une journée de formation sur la fonction de médecin coordonnateur, instituée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles.

Bien que n'étant pas médecin coordonnateur, Michel David y participera afin de continuer à diffuser l'information sur ce sujet aux Antilles-Guyane, en continuité des actions déjà engagées

(soirée de Montéran en juin 2006), de celles à venir (formation ARTAAS et colloque de décembre 2006 en Guadeloupe) et de poursuivre la sensibilisation sur ce sujet.

La Guadeloupe reste pour l'instant dépourvue de médecins coordonnateurs et il n'y pas de candidats déclarés aux fonctions de médecins coordonnateurs, de médecins et de psychologues traitants.

Comment interpréter ce silence ? Les lecteurs de la Caraïbe et d'ailleurs sont invités à exprimer leurs positions et leurs attentes sur ce sujet qui pourront être publiées dans Kamo. (La version PDF de la plaquette d'information et d'inscription peut être obtenue par mail en la demandant à socapsyleg@orange.fr ou à l'ARTAAS : lanadumas@club-internet.fr.

BULLETIN D'INSCRIPTION

24 novembre 2006 à PARIS
LA FONCTION DE
MÉDECIN COORDONNATEUR

Je m'engage à être présent(e) à la journée

Nom / Prénom _____
 Profession _____
 Adresse perso _____
 Tél. _____
 Portable _____
 E-mail _____
 Coordonnées professionnels _____
 Lieu _____
 Adresse _____
 Tél. _____

(Voir aux dos)

L'ARTAAS, Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles sous main de Justice, est une association 1901, créée en janvier 1996. Elle est rattachée au regroupement de cliniciens, psychosémioticiens, qui, ayant participé à une recherche-action nationale soutenue par la Direction Générale de la Santé (1993-1999), ont soutenu des ateliers de réflexion collective et de formation continue. Elle agit au service de personnes victimes d'agressions sexuelles, de leurs proches, de la justice, de la police, de la magistrature et de la psychiatrie avec un souci d'ouverture et d'articulation avec les autres grands courants théoriques et thérapeutiques.

L'ARTAAS a pour but :

- de promouvoir la recherche, les actions thérapeutiques (dont les réseaux de soins), la formation des professionnels et catégories professionnelles concernées ;
- de regrouper et échanger les informations sur les thématiques ;
- de faire le représentant des auteurs auprès des instances administratives régionales et nationales.

L'ARTAAS soutient le développement de réseaux de soins et développe la formation :

- les responsables régionaux proposent des réunions de confrontations cliniques et de réflexions théoriques des collègues, des sessions de formation d'abord pour de futurs médecins coordonnateurs depuis l'année 2000 puis pour l'ensemble des professionnels impliqués dans l'application de la loi du 17 juin 1998 ;
- les membres de l'association interviennent dans des colloques, universitaires (CNU DU CESSS, Paris), paritaires (Université de la Guadeloupe, Université de la Martinique), de la Magistrature).

Depuis l'année 2000, les cycles de formation ont eu pour objectif d'offrir des bases de travail et des pistes de réflexion aux futurs médecins coordonnateurs de la loi du 17 juin 1998 en son volet de « suivi socio-judiciaire » et plus particulièrement de « l'implication de soins ». Dans les régions, le cycle de formation 2006 poursuit ce travail en insistant sur les partenariats, les rôles des champs professionnels concernés dans la gestion des patients victimes d'agressions sexuelles sur la fonction de médecin coordonnateur.

Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles sous main de Justice

ARTAAS

CYCLE DE FORMATION
Organisé sous l'égide de la Direction Générale de la Santé

LA FONCTION DE MÉDECIN COORDONNATEUR
pratiques de l'intervalle santé-justice

vendredi 24 novembre 2006

Lieu : Amphit Lyrique
Ministère de la Santé
14, avenue Daumesnil
75007 PARIS

Membre : Ecole Nationale Supérieure de la Santé
Saint Emilion 33000 (13)

Équipe sociale
01 84 Jacques Caffier - 33000 Rennes
N° SIRET : 409654808 00023
N° APE : 913 E

Secrétariat
00 Lina Dumas - 00, rue Anville - 92240 Malakoff
Tél : 01 42 53 05 05
e-mail : lanadumas@club-internet.fr
site internet : www.artaas.org

LE MEDECIN COORDONNATEUR

Dans l'interface entre la santé et la justice, la périalité tient une place particulière. Avant avoir été sollicités pour faire le lien entre les « mos » et les « mosés » jugés irresponsables et les délinquants punissables et après avoir tenté de créer des modèles psychosociaux et éducatifs distincts, nous voilà à nouveau convoqués pour articuler des pratiques : topi de « tou » et tou » en prison, top de délinquants qui récidivent et qui devraient « bénéficier » de soins, permettant à certains de ne pas récidiver.

Le médecin coordonnateur est une nouvelle fonction, créée dans la loi du 17 juin 1998, relative au statut judiciaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ce médecin a plusieurs attributions qui relèvent à la fois :

- de l'évaluation clinique des besoins du justiciable et de son évolution ;
- du conseil et de la validation du mixte du médecin et/ou du psychologue traitant ;
- l'élaboration des Procès aux fins pour ces personnes qui méconnaissent les structures et leur fonctionnement, et que les structures méconnaissent ;
- l'interface entre le champ sanitaire et le champ judiciaire - tant dans la fonction de lien avec le médecin traitant et la protection du secret professionnel, que dans l'explication et le partage d'informations avec d'autres professionnels sociaux et judiciaires.

Cette interface a été validée par les professionnels du champ sanitaire car elle s'appuyait sur des repères cliniques, la nécessité de ne pas baser « crises » les perspectives légales et les éléments sociaux et énonciateurs de la délinquance psychosociale. Il faut pouvoir garantir un cadre thérapeutique, et donc un secret professionnel au patient, quand d'un aspect différent on pourra se constituer une identité souvent décalée et, en même temps, pouvoir travailler avec les contraintes légales et sociales.

L'articulation entre le médecin coordonnateur (MC) et le médecin traitant (MT) a été définie dans la loi : transmission du dossier des experts, à la demande du MT, possibilité de recours du MT au MC, et des relations entre le MT et le MC.

Le MC doit fournir les éléments « utiles au suivi » aux travailleurs sociaux chargés du dossier. Pour ce faire, un MC doit avoir une expérience clinique des sujets auteurs de violence, une capacité d'évaluation clinique et dynamique du sujet, une approche claire de sa place dans le dispositif socio-judiciaire et un respect des interventions sociales et sanitaires. Plus que d'autres intervenants, il se doit de rester dans sa fonction et soutenir les places professionnelles des autres acteurs. Son éthique et sa déontologie peuvent être fréquemment interrogées. Ce d'autant que les sujets concernés méconnaissent en fait des relations difficiles entre les intervenants, ou peuvent se méfier sans raison des rôles et destruction des places professionnelles, se méfiant de donner sur la confiance mutuelle.

C'est cette fonction, nouvelle dans plusieurs secteurs, qui demande nous, médecins, nous, psyches d'être cette fonction, la loi, votée en 1998, a commencé à être appliquée à partir de l'année 2000. Cette loi, surtout dans son volet sanitaire, s'applique à la sortie de prison et le maintien de liens en prison. Elle nous a donc permis de commencer à travailler.

- Où en est-il dans la pratique quotidienne ?
- Comment les praticiens articulent-ils les liens champs qui leur sont proposés ?
- Où en attendent les professionnels du soin et de la peine au quotidien ?
- Cette loi et ce nouvel espace du MC jugent-elles d'une autre vision de la place des soignants et des soins dans la société ?

PROGRAMME

Président :
EMY AÏCHERH *psychiatre, chef de service, SPPH de Louvigny, CHRI de Lille*

Moderateurs :
Benoît BRUNIER *chef de service SPPH Picardie-Strasbourg*
Xavier LAVERGNE *magistrat, chargé de formation et de la prévention à l'ENSM*

9 h **Accueil**
9 h 30 **L'annonce de soin : ses définitions**
Séverine BARRON-LAFORGET *psychiatre, médecin hospitalier CH Equival, secrétaire de l'Avras*

Clinique de la violence : ce qui fonde l'articulation des cadres thérapeutiques
Agnès CHAVARDIN *docteur en psychologie clinique, psychanalyste (SPPH, secrétaire de l'Avras)*

11 h **Pause**

L'accès aux soins : son évaluation et son accompagnement
Agnès CHAVARDIN *psychiatre, médecin expert, médecin coordonnateur (SPPH)*

Articulation du soin avec le socio-judiciaire - sur quels bases ?
Agnès CHAVARDIN *psychiatre, chef de service CH de Mont*

13 h **Déjeuner**

14 h 30 **Travail en sous-groupes sur l'évaluation des pratiques**
16 h **Pause**

17 h 30 **Culture de la journée**

INVITATION

Nous vous prions de nous confirmer impérativement votre présence à cette journée en nous renvoyant ce bulletin d'inscription au :

Secrétariat AVRAS
c/o Lana Durand
60, rue Assemblée
92340 MALAKOFF

Vous recevrez une convocation que vous devrez présenter à l'arrivée

**FORMATION ARTAAS ET COLLOQUE
SUR LES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES
EN GUADELOUPE EN DECEMBRE 2006**

La formation ARTAAS du lundi 11 décembre au vendredi 15 décembre 2006 avec un colloque le mercredi 13 décembre au CWTC à Jarry, Baie-Mahault, Guadeloupe est en bonne voie d'organisation. La formation ARTAAS a lieu tous les matins sauf le mercredi. Elle est ouverte aux personnels sanitaires et est limitée à 50 personnes. Le colloque Socapsyleg du mercredi est ouvert à tous et tout particulièrement aux professionnels sanitaires et non sanitaires concernés par la thématique.

Annexées à l'envoi de ce numéro de Kamo, vous trouverez la plaquette d'inscription à la formation ARTAAS et le programme et le formulaire d'inscription au colloque Socapsyleg.

**1^{ÈRE} JOURNÉE REGIONALE
DE LA SOCIÉTÉ CARAÏBÉENNE
DE PSYCHIATRIE ET
DE PSYCHOLOGIE LEGALES
(SOCAPSYLEG)**

**"VIOLENCES SEXUELLES
EN GUADELOUPE"**

Organisée par Socapsyleg,
Avec le soutien du Service Pénitentiaire
et de Probation de la Guadeloupe et
du Centre Hospitalier de Montéran et
la participation de l'Association de Recherche
et de Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS).

MERCREDI 13 DÉCEMBRE 2006

COMPLEXE WORLD TRADE CENTER, JARRY, BAIE-MAHAULT
socapsyleg@orange.fr
Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62

18^{èmes} Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et Unités pour Malades difficiles, 6 et 7 novembre 2006 à La Rochelle
« Ethique du Soins, Dangerosité, Soins consentis, obligés ou contraints »

Les journées annuelles des Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, organisées cette année par le SPMP de Poitiers (centre hospitalier Henri Laborit) et l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, viennent de se tenir à La Rochelle sur autour de thèmes d'actualité : dangerosités et soins obligés. Entre histoire et pratiques psychiatriques actuelles, les problématiques liées à la dangerosité ont été largement abordées.

Que ce soit autour des communications scientifiques où à l'occasion de l'assemblée générale de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) qui se tient chaque année au cours de ces journées scientifiques, les praticiens de SMPR ont pu exprimer leurs inquiétudes sur le devenir des soins en milieu pénitentiaire et s'interrogent sur l'instrumentalisation de la psychiatrie qui semble se dessiner. Cette discipline médicale à qui l'on demande souvent plus que ce qu'elle ne peut donner (notamment en ce qui concerne le pronostic de la dangerosité ou la menée de « thérapie pour prévenir la récurrence » devrait sous injonction politique se détourner du soin pour participer au contrôle social des déviants. Les soignants exerçant en milieu carcéral tentent de résister, dans la droite ligne de l'intitulé des 17^{èmes} journées des SPMP de 2006 à Toulouse « Résistances », mais on perçoit une lassitude et un risque d'« évasion » vers des structures plus « hospitalières » si devait se confirmer une orientation « contrainte » de la politique soignante dérogeant à l'éthique médicale.

A noter que la Caraïbe a pu s'exprimer lors de ces journées en faisant une communication à la recherche d'un nouveau modèle de fonctionnement des SPMP afin de renforcer, d'affirmer et de revendiquer les valeurs du soin aux personnes sous main de justice.

Les organisateurs du congrès prévoient au moins une publication en ligne des interventions et peut-être une édition papier des actes. Les lecteurs de Kamo seront informés des ces éventuelles publications. Toutefois, la communication présentée par deux membres de Socapsyleg intitulée « *Vingt ans après : vers un changement de paradigme des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire confrontés à l'emprise sécuritaire* » est disponible (par mail) en en faisant la demande à Socapsyleg.

Pour l'année 2007, le SMPR organisateur des journées n'est pas encore connu mais pour 2008, le SMPR de Marseille s'est porté candidat. Il est vrai que la lourdeur de l'organisation de ces journées effraie un peu, s'ajoutant aux contraintes habituelles.

LES PROJETS d'UHSA

Les projets caraïbéens d'Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées actés dans les SROS 3 régionaux semblent avoir trouver une oreille attentive auprès des décideurs comme l'indique le communiqué de presse suivant. Rappelons que els UHSA sont des unités d'hospitalisation devant accueillir des détenus souffrant de troubles mentaux selon les trois modes classiques d'hospitalisation en psychiatrie : hospitalisation libre (HL), hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation d'office (HO). Elles doivent être implantées dans des hôpitaux et une sécurisation périmétrique sera assurée par du personnel pénitentiaire.

« PARIS, 13 novembre 2006 (APM) - Les villes d'implantation des neuf premières unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui comprendront 460 lits, pour hospitaliser des détenus en psychiatrie ont été choisies, a-t-on appris de sources professionnelles.

Cette première tranche sur 2008-2010 prévoit la création de 60 lits au CH Paul Guiraud de Villejuif (Val-de-Marne), à Marseille (vraisemblablement au CH Edouard Toulouse), à Lille, à Orléans (au CH Georges

Daumezon de Fleury-les-Aubrais), à Lyon, de 40 lits à Toulouse, à Nancy (CP de Laxou), à Bordeaux (CH Charles Perrrens ou CH de Cadillac) et à Rennes (CH Guillaume Régnier), selon le calendrier arrêté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

Certains choix ont été arrêtés pour la deuxième tranche, portant sur 245 lits en 2010-2011: 15 lits à la Guadeloupe, à la Martinique et à La Réunion, et 40 lits à Paris, dans un établissement de santé à définir. Quatre implantations de 40 places chacune sont encore en discussion, à Dijon, à Rouen, à Bordeaux ou Poitiers, et à Nice.

Il s'agira à chaque fois d'une construction neuve, au sein d'un établissement de santé, comportant un périmètre de sécurité extérieur pour assurer de bonnes conditions de sécurité. Un projet de cahier des charges, dont APM a eu copie, prévoit l'aménagement de ces unités, en trois zones: zone d'entrée et de contrôle; zone commune comprenant des parloirs et les locaux des personnels; zone d'hospitalisation (deux ou trois unités ne dépassant pas une vingtaine de lits, avec cours ou jardins).

Une UHSA assurera l'hospitalisation avec ou sans consentement d'hommes et de femmes détenus. Les soins seront assurés par le personnel hospitalier tandis que la garde des détenus et la protection de l'UHSA relèvera du personnel pénitentiaire.

La composition en personnels d'une unité sera déterminée par convention locale, indique le projet de cahier des charges, mais le minimum estimé pour les personnels soignants est de cinq personnels (infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers) pour chacun des plages horaires du matin et de l'après-midi et de quatre personnels pour la nuit.

Vendredi, lors de la journée annuelle de l'Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM), Michel Gentile, chef du bureau de l'organisation régionale des soins et des populations spécifiques de la DHOS, a indiqué que les choix des implantations étaient en cours de discussion et que les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) devaient déterminer les établissements qui accueilleraient ces unités.

Il a confirmé le chiffre de 460 lits implantés dans neuf établissements, mais a indiqué qu'un choix devait se faire entre Villejuif et l'établissement public de santé national de Fresnes (Val-de-Marne), Toulouse ou Thuir (Pyrénées-Orientales) et entre Nancy ou Metz.

Il a indiqué que les UHSA auraient "un coût d'une cinquantaine de millions d'euros en investissement" et "d'une centaine de millions d'euros en fonctionnement".

Le président de l'Adesm, Bernard Raynal, a mis en garde contre le calendrier serré envisagé pour ces créations d'unités. Il a estimé que les procédures devaient être accélérées au niveau ministériel, notamment pour tenir compte des délais liés aux travaux.

Il a ajouté que les 705 lits paraissent déjà insuffisants pour répondre aux besoins et qu'il fallait prévoir, en plus, des créations d'"unités sécurisées".

Bernard Raynal a indiqué que la garde pendant le transport des détenus vers l'UHSA serait assurée par des personnels pénitentiaires ».

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

Les experts du crime, la médecine légale en France au XIX^{ème} siècle

Frédéric CHAUVAUD

Aubier, Paris, 2000

L'auteur offre un panorama de la naissance et du développement de la médecine légale au travers de quatre parties : 1) La description de « l'irrésistible ascension d'un groupe professionnel ; 2) Les arcanes du corps brutalisé ou comment faire parler les violences corporelles ; 3) L'expertise de « la teinte de l'âme » et 4) La question de la preuve expertale.

Bien que l'ensemble de ce livre soit passionnant et qu'il y a tout intérêt à ne pas dissocier la méthodologie de la médecine légale de celle de la psychiatrie légale, ce sera essentiellement la troisième partie qui retiendra notre attention.

Dans la naissance de la psychiatrie légale, outre les aspects historique et de développement des connaissances cliniques, il est intéressant de retenir ce qui ne s'est pas démodé. Lorsque l'auteur évoque le « bricolage psychiatrique », fait du bric-à-brac de l'expert, avec sa technique et son diagnostic incertains puis les problèmes de responsabilité, on se rend compte qu'au sein de termes désuets sur l'apparence, les problématiques de fond subsistent.

On ne peut que penser aux auditions de la commission d'enquête de l'affaire d'Outreau à la lecture de ces lignes : « ...L'expert des maladies mentales joue parfois un rôle singulier, car les conclusions de son rapport sont transformées en faits dégagés de leur complexité que l'on peut alors critiquer, interpréter, voire refuser » (p.131). Il suffit de se souvenir, de l'expert psychologue JL Viaux, se démenant face à la commission d'enquête pour expliquer la notion d'authenticité psychologique qui ne devait pas être confondue avec la vérité judiciaire. L'expertise qui a comme mission d'éclairer le magistrat apporte souvent plus de confusion que de clarté. Cela peut être dû à la propension des magistrats à poser des questions trop précises aux experts (cf. aux 9 neuf questions de la mission d'expertise psychologique des enfants demandées dans l'affaire d'Outreau) et à la tendance de ceux-ci de donner des réponses trop techniques. Ces dernières ayant davantage leur place dans une réunion de synthèse clinique hospitalière ou dans une publication scientifique, plutôt que dans un rapport d'expertise, porté à la connaissance de lecteurs non avertis du fait psychique et source de confusions, d'interprétations et d'instrumentalisation.

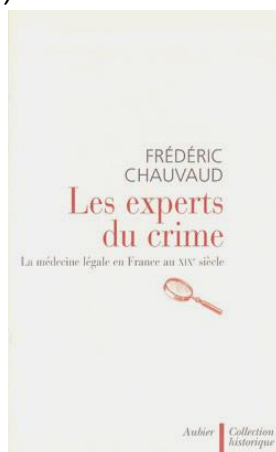
Le fondement de l'expertise psychiatrique, ses limites, thème bien actuel qui devra probablement être étudié lors de la conférence de consensus consacrée à l'expertise psychiatrie pénale en janvier 2007, est exposé en ces termes : « Peu importe pour le magistrat instructeur de savoir s'il a affaire à un idiot complet, à un imbécile du premier degré, à un débile ou à un simple d'esprit, voire à un dégénéré supérieur... En revanche, ce qui l'intéresse, c'est de savoir si l'accusé est fou et relève de l'article 64 » (pp 139-140).

La responsabilité est traitée en connaissances cliniques et des magistrats reprenant les thèmes partielle (les fous et les demi-fous) de 1905. La question de la médecin ; les conséquences de la devenir carcéral des aliénés non protéger la société des sujets so- de les enfermer dans des asiles de

L'analyse de l'auteur se termine guerre mondiale et avec des de la guerre qui s'annonce, une D'aucuns proposent un « dépla-

et le remplacement de la notion de *responsabilité* par celle de *défense sociale*. De la sorte, la peine change radicalement, désormais il ne s'agirait plus de punir mais d'« éliminer » en fonction du danger social que représente le prévenu ou l'accusé. La tâche de l'expert serait alors de décider s'il est « normal » ou « anormal » ; la tâche du magistrat sera de l'envoyer dans un asile ou dans une prison. Mais en 1910, les médecins du cerveau affirment que l'idée de responsabilité atténuée doit être reconnue par tous et qu'une expertise médico-légale est indispensable ».

Notons qu'en 1992, le nouveau code pénal et l'article 122-1 alinéa 2 légalise la notion de responsabilité atténuée tout en sachant que cette reconnaissance conduirait à une aggravation de la sanction pénale afin d'assurer la fonction sociale de protection de la société de la dangerosité du condamné.



corrélation avec les évolutions des pratiques des psychiatres et des classiques : responsabilité totale ou aboutissant à la circulaire Chaumié responsabilité est-elle du ressort du jurisprudence expertale sur le irresponsabilisés ; comment cialement dangereux en proposant sûreté.

sur la période précédant la première questions très actuelles : « A la veille vive réflexion est en cours. cement de l'axe du droit répressif »

AGENDA

Journée Nationale des médecins coordinateurs, vendredi 24 novembre 2006, ministère de la Santé. Organisé par l'ARTAAS. Inscription : www.artaas.org ou plaquette jointe dans ce numéro.

Les prisons en France : Un grand chantier présidentiel, 3^{èmes} rencontres parlementaires sur les prisons, Lundi 11 décembre 2006, Maison de la chimie, Paris.

Les violences sexuelles en Guadeloupe, Semaine de formation organisée par l'ARTAAS du 11 au 15 décembre 2006 avec un colloque le 13 décembre organisé par Socapsyleg. Renseignements socapsyleg@orange.fr et tél : 0590 38 44 30.

10^{ème} anniversaire du CP de Baie-Mahault : Le centre pénitentiaire et l'association sportive et culturelle du centre pénitentiaire de Baie-Mahault (ASCCPBM) commémorent les 10 ans de l'établissement durant la semaine du 11 au 16 décembre 2006. Pour tous renseignements, s'adresser Jean-Claude CAPITOLIN président de l'ASCCPBM : 0690 55 98 82.

Les praticiens du droit du Moyen-Age à l'époque contemporaine. Approches prosopographiques. Colloque international. Namur, 14, 15, 16 décembre 2006.

Formation de Base sur les addictions. 2^{ème} session en décembre 2006 (2.5 jours): « Approche de la toxicomanie chez les adolescents et les jeunes ». Contact : Comité Guadeloupéen d'Education pour la Santé (COGES) – 6 résidence Casse, rue Louis Daniel Beauperthuy – 97100 BASSE-TERRE – Tél. 05 90 41 09 24/ Fax 05 90 81 30 04. Hasni FIGUIGUI Formateur Conseil : hasni.figuigui@coges.gp

Diplôme Inter-Universitaire en Martinique : « Aptitude à l'expertise psychologique et psychiatrique », Année universitaire 2006-2007, Renseignements : service des Diplômes d'Université et Capacités en Médecine, Secrétariat de la Faculté de Médecine, CHU, BP 632, 97261 Fort-de-France Cedex.

Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, 25 et 26 janvier 2007, ministère de la santé, Paris, renseignements et inscription www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/.

La prison du XXI^e siècle en France : l'exemple du centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin en Seine-et-Marne. Exposition photographique jusqu'en février 2007 au musée national des Prisons, 1 rue du sergent Perrier, 77300 Fontainebleau, tél.01 64 22 26 53, courriel : musee.dap@justice.gouv.fr. Pour visiter le musée, inscription à l'Office de tourisme de Fontainebleau (Tél. 01 60 74 99 99, courriel : info@fontainebleau-tourisme.com), ou contacter le conservateur Catherine Prade (catherine.prade@justice.gouv.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.

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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>.

L'EQUIPE REDACTIONNELLE

Pour mieux nous connaître

Michel DAVID

Directeur de la publication de « Kamo de Socapsyleg » et président de Socapsyleg. Co-référent régional (Antilles-Guyane) de l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle (ARTAAS). Praticien hospitalier, psychiatre des Hôpitaux.

Chef de service du SMPR de Baie-Mahault depuis septembre 2002 après avoir ouvert le service en décembre 96 et contribué à la création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de Guadeloupe en février 1997. Ancien interne et ancien assistant-spécialiste des Hôpitaux psychiatriques d'Ile de France (SMPR de Fresnes). Psychiatre consultant au Centre National d'Observation de Fresnes de 1992 à 1996. Ancien expert près des cours d'appel de Paris et de Caen.



Auteur de « *Psychiatrie en milieu pénitentiaire* », PUF, 1993 ; co-auteur du « *Guide de l'aide psychologique, De l'enfance à l'adolescence* », Odile Jacob, 1999 ; à paraître prochainement : « *L'expertise psychiatrique pénale* », collection Psychologiques, L'Harmattan ; collaborateur des ouvrages suivants : « *Soigner et/ou Punir* », L'Harmattan, 1994 et « *Guide de la psychiatrie en milieu pénitentiaire* », Heures de France, 2005.

Franciane CONVERTY

Secrétaire de Socapsyleg.

Co-référente régionale de l'Association de Recherche sur les Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS)

Titulaire du D.E.S.S. de l'Université des Sciences Ex-secrétaire de (A.Psy.G).

Psychologue clinicienne en Baie-Mahault (Guade-Montéran.

Titulaire en 2005 du Option Anthropologie - Guyane.



Psychologie clinique et pathologique de Sociales de Grenoble

l'Association des Psychologues de la Guadeloupe

exerce depuis septembre 1997 au SMPR de loupe) rattaché au Centre Hospitalier de

D.E.A. Caraïbe, Amériques Latine et du Nord, /Sociologie de la Caraïbe l'Université des Antilles

Thème du mémoire : « Les représentations du corps à la Guadeloupe, l'exemple des mineurs incarcérés ».

Promoteur en février 2000 d'un groupe de travail sur le rapport au corps en milieu carcéral qui a abouti à la mise en place au Centre Pénitentiaire d'un projet partenarial intitulé : « Le corps en question dans le processus thérapeutique ». Ce projet comportait trois objectifs dont l'action de prévention : « Je (re)découvre mon corps... pour mieux vivre ? » destinée aux mineurs et jeunes adultes incarcérés au Centre Pénitentiaire de Baie-Mahault.

A exercé les fonctions de psychologue clinicienne au sein des Maisons Départementales de l'Enfance de la Drôme et de la Guadeloupe.

Sophia BOUDINE

Administratrice de Psychologue titulaire du DESS de de l'Adolescent de l'Université En poste au SMPR de Baie-Psychologue dans le service de mars 2001 à décembre 2003.



SOCAPSYLEG

Psychologie clinique de l'Enfant et René Descartes (Paris V).

Mahault depuis décembre 2003.

pédopsychiatrie du CMP de Saint-Martin de

Bruno PARRA

Administrateur de Socapsyleg. Cadre Supérieur de Santé. Licence et maîtrise en sciences de Diplôme universitaire En poste au SMPR de Baie-2003.



Titulaire du diplôme Cadre de Santé. l'éducation.

d'alcoologie, prévention des toxicomanies.

Mahault (Guadeloupe) depuis septembre

A exercé pendant trois ans en qualité de cadre de santé à l'unité pour malade difficile (UMD) de Montfavet dans le Vaucluse.

Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication : Michel DAVID

Rédacteurs : Sophia BOUDINE - Franciane CONVERTY - Bruno PARRA

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations
(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).