

# Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales  
*Socapsyleg*

[socapsyleg@hotmail.com](mailto:socapsyleg@hotmail.com)  
[socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr)



N°2 – Octobre 2006

## SOMMAIRE

<b>Editorial</b>	<b>1</b>
<b>Atteintes aux biens dans les DOM</b>	<b>2</b>
<b>Projet de loi sur la prévention de la délinquance</b>	<b>3</b>
<b>Plan Psychiatrie et Santé mentale et SROS 3</b>	<b>10</b>
<b>Formation ARTAAS</b>	<b>15</b>
<b>Notes de lectures</b>	<b>15</b>
<b>Agenda</b>	<b>16</b>
<b>Sites internet</b>	<b>17</b>
<b>Equipe rédactionnelle</b>	<b>18</b>

## **EDITORIAL**

### **Parler de la violence**

La violence dérange. Elle perturbe notre quotidien. Nous cherchons à l'éliminer mais nous en sommes la source. Le plus souvent, c'est l'autre qui en est le supposé responsable. Le développement psychique s'articulerait autour d'une « violence fondamentale » nous dit le psychanalyste Jean Bergeret.

Le passage à l'acte violent peut survenir dans un moment de déchaînement pulsionnel. Parler de la violence peut souvent, quand un débat s'engage, s'enflammer rapidement, surtout si des enjeux politiques s'en mêlent. Raison et passion ne font pas bon ménage.

L'Observatoire national de la délinquance vient de publier récemment les chiffres d'atteintes aux biens et de violences dans les DOM-ROM. Les médias s'en sont fait l'écho, chacun selon son style. Un bref aperçu de ces travaux, dans le style Kamo de Socapsyleg, aura volé, actualité oblige, la vedette au thème de ce numéro qui était initialement prévu pour évoquer les objectifs sanitaires en matière psycho-légale pour les Antilles-Guyane.

ématiques peuvent s'articuler et à l'ubris d'une présentation alarmiste peut répondre le souci d'une vision « raisonnable » qui n'exclût pas la dispute au sens universitaire. L'actualité internationale montre à quel point les controverses deviennent tendues, même quand elles sont doctement argumentées, et qu'elles peuvent être à l'origine de réactions extrêmement violentes. Nous espérons que ce numéro ne déclenchera pas trop de réactions violentes destructrices et que l'équipe rédactionnelle n'aura pas besoin de se cacher...

L'actualité législative est également concernée par le projet de loi de prévention de la délinquance et qui est illustrative de la façon dont notre société éprouve des difficultés à traiter raisonnablement des problèmes de violence. Le risque est grand de confondre malades mentaux et délinquants. Nous aborderons ce sujet vu l'urgence dans ce numéro.

Michel DAVID

## LES FAITS CONSTATES D'ATTEINTES AUX BIENS ET DE VIOLENCES DANS LES DOM-ROM EN 2005 par l'Observatoire national de la délinquance

L'Observatoire national de la délinquance publie régulièrement un bulletin statistique dénommé « Grand Angle ». Son récent numéro 8 de septembre 2006 reprend l'intitulé ci-dessus avec en sous-titre : « Réunion, Martinique et Guadeloupe : moins de vols par habitant qu'en métropole, mais plus de violences et de menaces. En Guyane, les taux de vols et de violences sont très élevés ».

On remarque d'emblée que cette présentation est d'emblée technique, sobre dans sa mise en page et que le sous-titre met en avant un fait « positif » : on remarque moins de vols par habitant qu'en métropole.

Par contre, la restitution des travaux par les médias quotidiens se met en scène sur un mode plus dramatique avec des titres accrocheurs qui parlent d'eux-mêmes : « Violence, Les chiffres qui frappent » en première page de France-Antilles, Guadeloupe du 20 septembre 2006.

Kamo laissera au lecteur le soin de se forger sa propre opinion en lisant les 14 pages détaillées de Grand Angle. L'analyse des chiffres et surtout leur restitution, dans des domaines très spécialisés, est toujours un exercice délicat que l'on peut avoir tendance à faire selon l'effet que l'on souhaite obtenir et la place d'où l'on parle.

On notera toutefois que le nombre de faits constatés d'atteintes aux biens par habitant dans les DOM-ROM les plus peuplés est inférieur aux taux moyen observé en métropole (43,4‰) : 37,3‰ en Guadeloupe, 36,7‰ en Martinique. Et c'est parmi ces atteintes aux biens moins fréquents qu'en métropole que la part des vols violents y est proportionnellement plus importante qu'en métropole. Présenté ainsi l'impact est moins fort que de dire que les vols avec violence sont beaucoup plus nombreux qu'en métropole.

Les médias peuvent aussi nous donner l'impression que les incendies crapuleux représentent un phénomène fréquent, en fait surtout spectaculaire. Les chiffres ne confirment pas cette impression. Parmi les actes de dégradation et de destruction, 10% d'entre eux sont des incendies en métropole (chiffre exceptionnel de 2005 avec ses émeutes, 7% en 2004) pour seulement 4% en Guadeloupe et moins de 2% en Martinique. Il y a des données rassurantes qu'on peut choisir de ne pas donner...

Un autre chiffre intéresse les psychiatres et les psychologues. Il concerne les taux de violences physiques non crapuleuses qui sont supérieurs aux Antilles-Guyane qu'à celui déjà élevé de l'Île de France : 4,5‰, notamment en Guadeloupe : 5,9‰ (il faut lire 5,9 faits pour 1000 habitants). Il s'agit d'une violence susceptible d'être exercée par tout un chacun et n'est pas l'apanage des « délinquants d'habitude ». Les violences physiques non crapuleuses sont constituées entre autres des homicides et tentatives pour autres motifs que le vol, les coups et violences volontaires (entre conjoints par ex.), des mauvais traitements à enfants, des séquestrations. On comprend aisément que ces faits complexes de violence ne peuvent se résoudre que par une simple augmentation du nombre des policiers. Ces infractions peuvent signer les importantes difficultés relationnelles qui existent entre les êtres humains, dont les causes sont multiples et qui nécessitent un travail de prévention à tout niveau de notre organisation sociale.

Enfin dernière donnée de cette étude de l'OND. Elle concerne le taux de violence sexuelle. Sujet qui nous concerne professionnellement très directement. L'OND indique clairement qu'il faut analyser ces chiffres avec circonspection. En effet, si les taux de violence sexuelle dans les DOM-ROM sont supérieurs au nombre moyen de la métropole, le nombre total de faits constatés restent « très faible » : « En matière de violences sexuelles, il convient d'être très prudent, car en l'absence d'information sur les taux de plaintes, on ne peut pas interpréter si le niveau du taux d'atteintes sexuelles exprime plus la fréquence des infractions commises que celle de leur déclaration. On suppose que dans les régions où le problème se pose le plus souvent, une réponse publique adaptée voit le jour, ce qui tend à faire augmenter le

*nombre des faits portés à la connaissance de la police et donc le taux de faits par habitant ».*

Cette remarque est importante car la réflexion qui s'ébauche, notamment en Guadeloupe, sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle et qui pourrait représenter un début de « réponse publique adaptée », pourrait conduire à une augmentation des faits déclarés. Si les taux de violences sexuelles sont déjà élevés avec un faible taux de faits constatés, on peut s'attendre dans les années à venir à une forte augmentation de ces taux.

Cliniquement, les praticiens ressentent déjà l'importance des problématiques interpersonnelles se jouant au niveau sexuel, sans pouvoir les chiffrer avec méthode. Il s'agit encore, comme les autres violences non crapuleuses, d'une délinquance largement répartie dans tous les corps de la société et pas seulement due à celle de l'étranger voyou qu'il faut expulser. Il s'agit essentiellement de la relation à autrui, du respect des barrières de génération, de la recherche attentive du consentement, de la non utilisation de son corps comme moyen de chantage, des fausses accusations par vengeance, de la place de l'intimité dans nos sociétés et de l'image collective de la sexualité etc. etc. Un vaste programme. La réponse aux infractions sexuelles ne doit pas se limiter aux illusoire injonctions de soins (qui ne sont qu'une simple mesure parmi celle figurant dans le suivi socio-judiciaire).

Selon la façon dont les faits violents sont présentés, une nouvelle violence peut apparaître ou au contraire la violence peut s'estomper. Il est possible d'augmenter la résilience de chacun, c'est-à-dire l'aptitude à résoudre les problèmes et non à se laisser déborder en développant une position victimaire (ce que les présentations alarmistes peuvent créer). La violence réelle vécue par chacun est variable, mais s'y ajoute la violence « imaginaire », celle qui est véhiculée par les médias, surtout visuels, et qui donne l'impression à tout un chacun d'être bombardé journalièrement par toutes les abominations survenant dans les quatre coins du monde.

Il ne s'agit pas non plus de faire la politique de l'autruche et de dénier les problèmes mais une lecture attentive du bulletin de l'OND ainsi que celle des médias qui s'en sont fait l'écho nous donne l'occasion de réfléchir à la part que chacun doit prendre dans sa vie professionnelle, sociale ou privé pour contribuer à diminuer la violence. MD.

## **PROJET DE LOI SUR LA PREVENTION DE LA DELINQUANCE**

Le projet de loi sur la prévention de la délinquance prévoit avec les articles 18 à 24 des modifications relatives à l'hospitalisation d'office. La loi du 27 juin 1990 qui traite spécifiquement de ces questions devait faire l'objet d'une évaluation et d'une éventuelle révision à 5 ans. Ce qui n'a jamais été fait. Toutefois de nombreux travaux ont dégagé des pistes de réforme. Il est regrettable que des modifications apparaissent à l'occasion d'une loi qui traite de la délinquance assimilant la maladie mentale à la délinquance, ce qui ne peut qu'aller à l'encontre de la démarche des professionnels et des associations d'usagers qui s'efforcent au cours d'un long et patient travail de désigmatiser l'image de la maladie mentale dans la société.

Socapsyleg s'associe aux inquiétudes des usagers et des professionnels en reproduisant le communiqué de presse du 4/10/2006 argumentant la demande de retrait des articles 18 à 24 et la lettre d'information à destination des parlementaires et des maires. On remarquera la diversité et la qualité des signataires.

COMMUNIQUE PUBLIE A L'OCCASION DE LA CONFERENCE DE PRESSE DU MERCREDI 4/10/06 Au Méditel (1er étage) 28 bd Pasteur, 75015 Paris, à 10 heures

« NON A UNE LOI QUI CONFOND MALADES ET DELINQUANTS ! »

Les usagers (patients et familles) et les professionnels de la psychiatrie, représentés par les organisations soussignées tiennent à rappeler le caractère inacceptable du maintien des articles 18 à 24 dans l'actuel projet de loi sur la prévention de la délinquance.

Les articles en cause du projet de loi prévoient, en effet, que l'autorité administrative pourrait utiliser la procédure dite des « hospitalisations d'office » (H.O.) instituée par la loi du 27 juin 1990, dans le but de prévenir la survenance de faits délictueux.

Les signataires du présent communiqué qui assurent la plus grande part de la responsabilité de l'accompagnement dans la cité et des soins au quotidien des personnes malades, résumant leurs arguments comme suit :

1° La loi de 1990 qui a prévu les « hospitalisations d'office » est une loi essentiellement sanitaire.

Certes, elle stipule parallèlement des mesures de sûreté destinées à protéger toutes les personnes concernées, mais seulement pendant un temps très court, dans l'attente des décisions des médecins. Ceux-ci se déterminent exclusivement en fonction de l'évolution de la santé et de la protection des personnes qui reste un objectif commun à tous les acteurs. L'hôpital n'est pas une prison.

Les troubles psychiques rendent difficile, parfois, l'acceptation des soins. Aussi la loi de 1990 a prévu trois dispositifs qui ne diffèrent que par la nature du demandeur des soins : on dit qu'il y a « hospitalisation libre » (HL) si la personne malade accepte les soins, « hospitalisation à la demande d'un tiers » (HDT) si l'intervention d'un proche s'avère nécessaire et possible, enfin « hospitalisation d'office » (HO) si l'autorité administrative doit se substituer à des proches absents ou non consentants au moment voulu. Ces trois procédures constituent un ensemble indissociable mis en oeuvre par des acteurs qui cherchent à s'allier pour lutter contre les maladies. Dans tous les cas, il s'agit de faire en sorte qu'une personne, dont le comportement montre que des soins semblent nécessaires, soit bien prise en charge par des soignants. Ceux-ci décideront ensuite, avec la personne dans toute la mesure du possible, les modalités des soins jugés indispensables.

2° La procédure d' « hospitalisation d'office » peut aussi intervenir suite à une procédure judiciaire, suite à un délit.

Les signataires ne contestent aucunement l'opportunité de décisions prises suite à une procédure judiciaire. Par contre, ils ne peuvent admettre que les H.O évoquées ci-dessus en 1° leur soient assimilées comme ayant obligatoirement la même origine. Dans le cas d'une demande de soins, il n'est pas question de délit, même si les soins participent indirectement, comme l'indique bien la loi de 1990, à la protection des personnes.

En conséquence, les signataires demandent que les dispositions concernant les H.O ne soient pas séparées des autres procédures (HDT et HL) qui relèvent de la même logique, essentiellement sanitaire, et que l'ensemble reste dans la perspective globale et équilibrée qui est celle de la loi de 1990.

Partageant les mêmes inquiétudes, le Conseil National de l'Ordre des Médecins souligne que ce projet comporte « une violation grave des droits à la vie privée et à l'intimité des patients ».

Si le gouvernement souhaite adapter des dispositions de la loi de 1990 pour tenir compte, en effet, des évolutions de l'environnement, il faut qu'il le fasse dans le cadre de la révision périodique prévue pour cette loi, en en conservant les principes généraux qui associent, à juste titre, les questions de santé, de justice et d'ordre public. Les signataires souhaitent collaborer à ces travaux en faisant part de leur expérience de terrain.

Toute autre approche susceptible d'alimenter une confusion entre maladie et délinquance prendrait en effet le risque d'être gravement contre-productive au regard du légitime souci de sécurité des citoyens. Car cet amalgame stigmatisant ne manquerait pas de freiner la demande d'aide des malades les plus en difficulté.

La gravité de la situation qui bafoue les principes de démocratie sanitaire de la loi du 4 mars 2002, amène les signataires à en appeler à la plus haute autorité de l'Etat en demandant une audience en urgence au Président de la République.

Les signataires :

Pr Franck BAYLE

Chargé de mission médico-légale du Syndicat Universitaire de Psychiatrie (CASP).

Tél. 014565 89 51

Dr Olivier BOITARD

Union Syndicale de la Psychiatrie – Président du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie (CASP). Tél : 0344 77 50 17

M. Jean CANNEVA

Président de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)

Té : 10153 06 30 43

Dr Pierre FARAGGI

Président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (CASP). Tél : 0556 76 52 94

Mme Claude FINKELSTEIN

Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy). Tél: 0143 64 85 42

M. Michel LAUDREN

Délégué Régional chargé de la psychiatrie – Association Française des Directeurs de Soins (AFDS). Tél. 0241 80 79 41

Dr Eric MALAPERT  
Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (IDEPP).  
Tél : 0169 25 42 00

Dr Jean-Charles PASCAL  
Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Tél : 0146 74 31 12

Mme Annick PERRIN-NIQUET  
Présidente du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY). Tél. 0472 42 11 87

M. Bernard RAYNAL  
Président de l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM). Tél : 0299 33 39 33

Dr Roger SALBREUX  
Président du Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés (CASP). Tél. 0155 30 13 39

Pr Jean-Louis SENON  
Président du Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers (CRIMCUP). Tél : 0549 44 57 35

Dr Norbert SKURNIK  
Président du Syndicat des Psychiatres de Secteur (IDEPP). Tél : 0144 64 30 50

Dr Pascal TRIBOULET  
Secrétaire Général de la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés. Té : 0437 91 50 20

M. Gérard VINCENT  
Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Tél. 0144 06 84 41

Le 15 septembre 2006

Mesdames et Messieurs les Députés

Mesdames et Messieurs les Sénateurs

Mesdames et Messieurs les Maires

Objet : les hospitalisations psychiatriques sans consentement et la révision de la loi du 27 juin 1990

Mesdames, Messieurs,

Les circonstances qui justifient la présente lettre :

Les associations d'usagers représentant les patients et les familles, de même que les organisations professionnelles signataires ont été amenées à demander unanimement au gouvernement de retirer du projet de loi sur la prévention de la délinquance les articles 18 à 24 concernant les hospitalisations psychiatriques d'office (H.O.). Ils ont demandé, dans le même temps, que soit entreprise une révision de la loi du 27 juin 1990 qui organise actuellement ces hospitalisations, dans une approche globale et cohérente des situations auxquelles il y a lieu de répondre. Ils estiment nécessaire d'expliquer aux élus, en urgence et en quelques lignes, les principaux éléments qui expliquent leur intervention.

Précisions sur les H.O. dont il est question ici :

Les observations qui suivent ne contestent pas l'intérêt des actions de prévention. Elles concernent exclusivement les hospitalisations dites d'office (H.O.), réalisées actuellement dans le cadre de l'application de la loi du 27 juin 1990, indépendamment des procédures judiciaires qui peuvent intervenir suite à un délit constaté.

L'essentiel de l'argumentation

Celle-ci tient dans le fait que lors des décisions administratives appelées jusqu'à maintenant et par la loi du 27 juin 1990, « hospitalisations d'office », les autorités responsables de l'ordre public ne décident pas, dans la réalité, d'une modalité de soins, mais très précisément d'une obligation pour les personnes en cause, d'être présentées devant des professionnels du soin.

Ainsi, contrairement à ce que certains pourraient penser, il n'y a pas d'assimilation possible entre les personnes qui manifestent un besoin de soins, reconnu par les autorités administratives dans le cadre d'une H.O. et celles qui pourraient être reconnues comme dangereuses pour l'ordre public, dans le cadre d'une procédure d'ordre civil.

Pour les signataires, qui sont confrontés quotidiennement à ces problèmes, il est de l'intérêt de tous, élus compris, que les deux types de décisions (« demandes de soins » par les autorités responsables de l'ordre public et « modalités de soins » par les autorités médicales) restent distinctes, même si elles peuvent parfaitement cohabiter dans le cadre des procédures judiciaires. Il est également crucial d'avoir à l'esprit que les deux autres formes de soins hospitaliers -hospitalisations à la demande d'un tiers, hospitalisation libre - ne peuvent être séparées des situations où une autorité tierce doit intervenir. Nombre de maires, notamment de villes petites et moyennes, peuvent être mis en grande difficulté par les dispositions initiales du projet de loi de prévention de la délinquance, du fait de la municipalisation du prononcé des décisions de HO et des responsabilités encourues à ces titres. Pour les signataires de la présente lettre, l'autorité judiciaire doit être garante du respect de la loi et des libertés individuelles, conformément à l'article 66 de la Constitution et aux engagements internationaux de la France (Convention Européenne des Droits de l'Homme notamment).

Les autorités légitimes pour prendre les décisions sont différentes dans les trois domaines (sanitaire, ordre public et judiciaire) et doivent impérativement le rester. Toute confusion dans ce domaine serait contre productive et même dangereuse, tant du point de vue des personnes qui doivent être soignées que de celui de leurs proches et des élus qui demandent qu'elles le soient et enfin des professionnels du soin. La prévention ne peut déroger à cette exigence.

Pourquoi réviser la loi de 1990 ?

La loi de 1990 est un texte relativement équilibré mais qui n'avait pas caché son caractère provisoire puisqu'il avait été prévu de le réviser cinq ans après. En effet, depuis cette époque, les modalités de soins en psychiatrie ont beaucoup évolué. Les durées moyennes d'hospitalisation ont diminué dans des proportions inimaginables il y a encore quelques dizaines d'années. Les personnes souffrant d'affections de longue durée vivent désormais essentiellement dans la cité, accompagnées majoritairement par leurs proches, lorsque ceux-ci existent, et soignées par des professionnels situés le plus souvent à proximité de leur habitation, en application de la politique de secteur.

Par ailleurs, d'importantes innovations sont intervenues dans le domaine législatif concernant les droits des patients et la reconnaissance du handicap psychique qui ont confirmé l'importance de l'accompagnement dans la cité des personnes souffrant d'incapacités sociales, conséquences de maladies de longue durée.

Enfin, la révision demandée unanimement de la Loi de 1990 a été préparée par de nombreux rapports qui ont confirmé l'intérêt d'un nouveau travail collectif et interministériel afin de tenir compte des évolutions de la situation.

C'est pour des raisons de cet ordre, succinctement évoquées dans ce courrier, qu'un nouveau texte devrait être soumis au législateur sous l'égide du Ministère de la Santé, mais dans un cadre interministériel (Intérieur, Justice), après consultation des représentants des acteurs élus, professionnels et associatifs concernés. Cette concertation n'a malheureusement pas eu lieu pour les dispositions inscrites dans le projet de loi de prévention de la délinquance.

Les signataires ont l'expérience de la complexité des questions évoquées. Ils savent aussi que c'est par des coopérations entre usagers, familles, professionnels sociaux et sanitaires et aussi avec les élus et les responsables de l'ordre public que le respect des personnes, le droit et la sécurité publiques sont les mieux respectés. C'est dans cet esprit qu'ils se mettent à la disposition de l'administration et des élus pour les aider à élaborer, le plus rapidement possible, des textes qu'ils souhaitent à la fois réalistes et respectueux des personnes en souffrance.

Pour toutes ces raisons, les signataires de la présente lettre vous demandent d'intervenir pour resituer les questions relatives aux soins psychiatriques, figurant à l'origine dans le projet de loi de prévention de la délinquance, dans le cadre législatif appelé globalement à réviser la Loi du 27 juin 1990.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations respectueuses.

Pr Franck BAYLE

Chargé de mission médico-légale du Syndicat Universitaire de Psychiatrie (CASP)

Tél. 01 45 658951

Dr Olivier BOITARD

Union Syndicale de la Psychiatrie – Président du Comité d'Action Syndical de la Psychiatrie (CASP). Tél 03 44775017



M. Jean CANNEVA

Président de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM). Tél 01 53063043

M. Yves-Jean DUPUIS

Directeur Général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP). Tél 01 53989507

Dr Pierre FARAGGI

Président Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (CASP). Tél 05 56765294

Mme Claude FINKELSTEIN

Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy). Tél 01 43648542

Dr Yvan HALIMI

Président de la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés. Tél 02 51097292

M. Michel LAUDREN

Délégué Régional chargé de la psychiatrie – Association Française des Directeurs de Soins (AFDS). Tél 02 41807941

Dr Eric MALAPERT

Président du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (IDEPP). Tél 01 69254200

Dr Jean-Charles PASCAL

Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Tél 01 46743112

Mme PERRIN-NIQUET Annick

Présidente du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY). Tél 04 72421187

M. Bernard RAYNAL

Président de l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM). Tél 02 99333933

Dr Roger SALBREUX

Président du Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés (CASP). Tél 01 55301339

Pr Jean-Louis SENON

Président du Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers (CRIMCUP). Tél 05 49445735

Dr Norbert SKURNIK

Président du Syndicat des Psychiatres de Secteur (IDEPP). Tél 01 44643050

M. Gérard VINCENT

Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Tél 01 44068441

## PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE ET SROS 3 DANS LES ANTILLES-GUYANE

Dans le numéro 1 de Kamo, nous avons annoncé une présentation du PPSM et des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération et de leurs dispositions spécifiques dans le domaine psycho-légal.

### Plan Psychiatrie et santé mentale

Le site officiel vie-publique.fr présente ainsi le Plan Psychiatrie et santé mentale (PPSM) :

*« Le ministre de la Santé a présenté, le 4 février 2005, les grandes orientations du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. Le plan fixe quatre priorités : l'investissement financier (triplement des aides prévues pour la psychiatrie par le plan "Hôpital 2007"), les moyens humains (moratoire sur les fermetures de lits dans les services psychiatriques, hausse du nombre d'internes en psychiatrie), l'amélioration de la formation des infirmiers et le développement des alternatives à l'hospitalisation. Deux programmes spécifiques visent les soins psychiatriques en prison et la prise en charge de la dépression ainsi que la lutte contre le suicide.*

*La préparation de ces orientations a été accélérée après le drame survenu mi-décembre à l'hôpital psychiatrique de Pau. La situation française, décrite en annexe du document de travail, révèle que la densité de professionnels de santé exerçant en psychiatrie en France se situe parmi les plus élevées d'Europe avec 13 200 psychiatres (soit 13 % des spécialistes), avec un déséquilibre dans la répartition géographique et entre les secteurs public et privé. Doté d'un milliard d'euros sur 5 ans, dont 750 millions d'investissements pour les hôpitaux psychiatriques, ce projet sera soumis à concertation avant de se traduire par un programme d'actions ».*

La philosophie générale serait « d'à partir d'une analyse des forces et faiblesses des dispositifs de la santé mentale et de psychiatrie actuels de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients nés du plus intime, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit des personnes le plus souvent vulnérables ».

Sur le plan psycholégal dans le PPSM, on note la volonté de développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues après constat de prises en charges encore insuffisantes conduit aux objectifs suivants :

- 1) Renforcer et diversifier les prises en charges psychiatriques en ambulatoire dans tous les établissements pénitentiaires, et améliorer leur qualité, notamment en direction des personnes auteurs d'infractions sexuelles et présentant un trouble mental ;
- 2) Renforcer la cohérence des prises en charges psychiatriques et somatiques des personnes détenues, dans le respect des prérogatives de chacun ;
- 3) Intensifier la prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans les établissements non dotés d'un SMPR ;
- 4) Améliorer l'accès à l'hospitalisation pour motifs psychiatriques et la qualité des soins en milieu hospitalier et déployer les UHSA ;
- 5) Favoriser la continuité des soins psychiatriques aux personnes, pendant leur détention et à leur sortie ;
- 6) Développer la prévention du suicide.

Un volet spécifique est consacré à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Il conviendrait d'assurer une bonne application de la loi du 17 juin 1998 et de garantir l'exécution de l'injonction de soins prononcée par le juge par les objectifs suivants :

- 1) Faciliter les prises en charge et l'accès aux soins par une offre adaptée ;

- 2) Augmenter le nombre et améliorer les compétences des médecins coordonnateurs ;
- 3) Spécifier la prise en charge des mineurs auteurs d'infractions sexuelles ;
- 4) poursuivre la politique d'amélioration des connaissances et des pratiques d'un plus grand nombre de professionnels de la psychiatrie ;
- 5) Améliorer la qualité de l'expertise pénale ;
- 6) Clarifier l'articulation des différentes prises en charge (sanitaire, judiciaire, sociale, éducative), les formaliser à travers l'élaboration de référentiels de pratiques et les diffuser.

Il est également prévu la création de 5 centres de ressources interrégionaux ayant vocation à améliorer et diffuser les connaissances et les compétences dans ce domaine. Une conférence de consensus est également annoncée consacrée à l'expertise psychiatrique pénale.

### Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération

Les schémas régionaux d'organisation de troisième génération ont été arrêtés par les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation le 31 mars 2006. A l'occasion de leur élaboration, et pour la première fois, un volet « Psychiatrie et santé mentale » a fait partie d'un des 17 volets consacrés à l'ensemble de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).

Dans les précédents SROS, la psychiatrie représentait un SROS de psychiatrie spécifique. L'inclusion administrative de la psychiatrie dans l'ensemble MCO, au sein des SROS 3, est une évolution poursuivie depuis quelques années, reconnue au travers de la disparition de l'internat des hôpitaux psychiatriques et de la formation psychiatrique spécifique des infirmiers.

La circulaire N° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération orientait les pistes de travail :

- 1) garantir l'accessibilité des soins ;
- 2) garantir la qualité de l'offre de soins psychiatrique ;
- 3) garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge ;
- 4) soutenir et impliquer les patients et leurs familles.

Parmi les axes prioritaires ciblés au niveau national on relève :

1) la prise en charge des personnes détenues et sous main de justice dont « *l'objectif est d'assurer à la population incarcérée et sous main de justice une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. A cet effet, il convient de poursuivre le développement et la diversification des réponses proposées, en partenariat avec les services de soins somatiques (UCSA), avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et avec les structures sanitaires et médico-sociales extérieures afin d'assurer la continuité des soins après la libération du patient. La prévention du suicide (sur la base des préconisations du rapport du Professeur Terra) et la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel constituent, à cet égard, des priorités pour les équipes de psychiatrie exerçant en milieu pénitentiaire. La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 dans son article 48 prévoit la création d'unités spécialement aménagées (UHSA), destinées à l'hospitalisation, au sein des établissements de santé, des détenus présentant des troubles mentaux. Toutefois, dans l'attente des textes réglementaires qui en préciseront les modalités de fonctionnement, les dispositions du premier alinéa de l'article R 71119 du Code la santé publique restent applicables* » ;

- 2) Les personnes ayant des pratiques addictives.

Pour répondre aux besoins de santé au niveau d'un territoire de santé, certains axes sont très spécialisés comme la prise en charge des « malades agités » et la circulaire fait référence aux UMAP (unités pour malades agités et perturbateurs) ou aux unités psychiatriques interdépartementales (UPID) et aux unités pour malades difficiles (UMD) ou à la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle.

## Le SROS de Guadeloupe

Les travaux du volet psychiatrie, confiés par le Directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation à un binôme constitué d'un psychiatre hospitalier (M. David, Centre Hospitalier de Montéran) et d'un médecin inspecteur de santé publique (O. Marquestaut, DSDS), ont connu huit groupes pilotés par des référents. Les travaux n'ont pu se dérouler de manière optimale suite au « boycott » par les psychiatres des travaux du SROS face aux difficultés professionnelles rencontrées. Un des groupes était consacré aux « Soins aux détenus ». Il convenait de réfléchir à la problématique commune, somatique et psychiatrique, des soins aux détenus.

Les travaux ont retenu les objectifs suivants :

- Favoriser la création à Baie-Mahault (Centre pénitentiaire) d'un service de soins aux détenus (SSD) : fonctionnement, équipes, moyens mutualisés, dossier médical commun
- Améliorer la formation continue et initiale du personnel soignant. Critères de recrutement adaptés. Tenir compte de la spécificité du milieu pénitentiaire. Prises en charge spécialisées : auteurs d'agressions sexuelles, psycho-criminologie
- Une unité rassemblant les fonctions d'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI, soins somatiques) et d'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA, soins psychiatriques)
- Développement d'une consultation et d'une HAD post-pénale
- Prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire (moyens actuels transférés au SSD ou du SMPR à l'UCSA)
- Pour Basse-Terre et les Iles du Nord : envisager le transfert de la fonction antenne du SMPR à un ou plusieurs secteurs du CHM, favoriser la création d'un SSD au sein de la maison d'arrêt de Basse-Terre
- Travail partenarial autour du guide méthodologique soins aux détenus

Deux idées principales sous-tendent ces projets :

- 1) Rendre au secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire la plénitude de la philosophie du secteur. C'est-à-dire ne plus faire de la prison le centre du secteur, comme l'hôpital psychiatrique n'est plus le centre du secteur. Le cœur du secteur de psychiatrie légale se situe dans une consultation en-dehors de la prison, pouvant recevoir la famille et articuler au mieux la prise en charge à la libération. Le SMPR devient une unité fonctionnelle du secteur doté des outils traditionnels d'un secteur : CMP, hôpital de jour, hospitalisation à domicile, appartements thérapeutiques, hospitalisation temps plein.
- 2) Tendre à abolir autant que possible les clivages soins somatiques/soins psychiatriques. Les équipes soignantes évoluent dans un contexte identique avec la même population. Une synergie dans l'action ne pourrait qu'améliorer les soins et mieux faire entendre, d'une voix commune, les particularités des soins en milieu pénitentiaire. La proposition de création d'une unité commune regroupant les fonctions d'hospitalisation UHSA (psychiatrie) et UHSI (soins somatiques) en est un exemple, mais peut s'étendre à une équipe unique soignante en milieu pénitentiaire (unité de soins aux détenus).

## Le SROS en Martinique

Les orientations relatives au SMPR sont les suivantes (texte intégral du SROS) :

*« Créé en 1996, lors de l'ouverture du Centre Pénitentiaire de Ducos, le SMPR a vu, au fil des années, son activité augmenter.*

*Plusieurs paramètres ont contribué à cette augmentation :*

- Le nombre croissant de détenus ; 450 en 1996, actuellement le nombre de 650 est dépassé*
- Le nombre croissant de personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques et/ou une ou des conduites addictives*

*Le SMPR est globalement sous doté en professionnels de santé versus les ratio nationaux, malgré le renforcement des effectifs. Il existe 26 SMPR, dont 17 sont dotés de CCST (centre de soins spécialisés pour toxicomanes), malheureusement celui de Ducos ne dispose pas d'une telle structure.*

*Le rôle est de faire de la psychiatrie générale en milieu pénitentiaire, en 2005 la file active est de 874 personnes.*

*L'hôpital de jour à vu 4624 journées d'hospitalisation, la couverture n'est pas assurée le week-end ce qui pose le problème de la prise des médicaments.*

### OBJECTIFS

- Augmenter la capacité de l'hôpital de jour*
- adapter les effectifs à l'activité afin de proposer des prises en charge de qualité*
- doter, dans le cadre du réseau le SMPR d'une activité de CSST pour gérer les problèmes de toxicomanie »*

En cette rentrée 2006, des changements sont à relever au niveau des personnels médicaux du SMPR de Ducos. Les deux praticiens hospitaliers en poste quittent le SMPR : le docteur Pierre Guillard, chef du SMPR depuis plusieurs années et le docteur Pauvert. Le Docteur Jean-Daniel Even succède au Dr Guillard à la chefferie de service. Socapsyleg lui souhaite bon courage, d'autant plus qu'il est pour l'instant le seul psychiatre du SMPR de Ducos et que la transition entre les deux équipes a été administrativement délicate du fait des lenteurs liées obligatoires aux habilitations Justice que tout personnel affecté dans les SMPR doivent obtenir. Nous souhaitons une bonne nouvelle étape professionnelle au Dr Guillard et nous garderons un bon souvenir des relations entre SMPR que nous avons entretenus.

## Le SROS en Guyane

La Guyane n'est pas dotée d'un SMPR administrativement identifié. Au sein du centre pénitentiaire de Remire-Monjoly est installée une Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intracarcérale (UFPI).

Les objectifs du SROS de l'UFPI sont les suivants :

- Renforcer et diversifier les prises en charges psychiatriques en ambulatoire dans les établissements pénitentiaires, et améliorer leur qualité, notamment en direction des personnes auteurs d'infractions sexuelles et présentant un trouble mental.
- renforcer la cohérence des prises en charge psychiatriques des personnes détenues en lien avec le personnel pénitentiaire (direction, surveillants, SPIP)

- intensifier la prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans l'établissement
- Améliorer l'accès à l'hospitalisation pour motifs psychiatriques et la qualité des soins en milieu hospitalier notamment par la mise en place d'une UHSA.
- Favoriser la continuité des soins psychiatriques aux personnes pendant leur détention et à leur sortie de prison.
- Développer la prévention du suicide de la population pénale par un repérage précoce du risque suicidaire imminent et un suivi coordonné des personnes présentant un risque élevé. Assurer le dépistage et le soin des nombreux détenus toxicomanes.

L'activité de consultation de l'UFPI est importante et il reste de nombreuses activités à développer :

Sont réalisées environ 5000 consultations annuelles tous postes confondus (excepté le personnel du CSST), soit les quatre cinquièmes de la demande avec délais de réactivité compris entre 3 jours et deux semaines.

Une consultation à la Maison d'arrêt pour femmes (MAF) est réalisée toutes les deux semaines (sauf urgence).

Il n'existe aucun travail de groupe (suicidants, auteurs d'infraction sexuelle, ...). Il y a un très faible taux de suivi post-pénal.

La concertation avec les autres établissements (CSST, CMP, UCSA, Services d'hospitalisation en psychiatrie, ...) est insuffisamment développée. La collaboration avec les structures judiciaires et pénitentiaires (Magistrats, Direction pénitentiaire, Surveillants, SPIP) est lointaine et inconsistante.

Parmi les projets importants, le Dr Ollivier responsable de l'UFPI souhaite l'ouverture d'une UHSA, la création d'un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) et d'une chefferie de service qu'il argumente de la manière suivante :

*« La Guyane est l'unique département d'outre-mer à ne pas pouvoir offrir à ses administrés les services pratiques d'un SMPR et à ne proposer aucune autre alternative aux soins qu'un très court séjour hospitalier en milieu spécialisé dans des conditions particulièrement rigoureuses. La Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 prévoit dans son article 48 la création d'Unités Spécialement Aménagées (UHSA), destinées à l'hospitalisation, au sein des établissements de santé, des détenus présentant des troubles mentaux..*

*Il est prévu l'ouverture des 19 unités hospitalières de ce type sur l'ensemble du territoire, dont 5 devront être opérationnelles en 2008 et couvrir 60 % de la population carcérale. Dans l'attente de cette construction il conviendrait d'augmenter de 6 lits la capacité d'accueil du "service fermé".*

*Quelques chiffres :*

*1997 : 2 HO L.398 CPP ; 1998 : 2 ; 1999 : 2 ; 2000 : 5 ; 2001 : 4 ; 2002 : 6 ; 2003 : 7 ; 2004 : 22.*

*Ces chiffres présentent une augmentation progressive entre 1997 et 2003 et voient une augmentation spectaculaire en 2004 tandis que cette courbe semble être confirmée dans cette ascension pour l'année 2005.*

*Il existe plusieurs hypothèses qui peuvent expliquer cette augmentation, en particulier les difficultés rencontrées par les détenus en raison de la surpopulation (effet de seuil ?).*

*Par ailleurs, le pavillon du service de psychiatrie, habilité à accueillir les hospitalisations sous contrainte est déjà en grande difficulté pour accueillir les patients de la population générale ce qui implique une durée de séjour trop courte.*

*Ainsi, nombre de sujets en difficulté mentale passagère ou non, sont contraints de poursuivre leurs soins aigus dans le cadre de l'établissement de peine, l'équipe soignante faisant jouer les modalités prévues par les articles du Code de la Santé Publique qui régissent les sorties d'essai ».*

Comme on le voit, la Guyane a particulièrement travaillé la partie relative aux personnes sous mains de justice et l'on sait que la pratique psychiatrique y est difficile dans un contexte de développement économique faible. L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire y est une gageure. Souhaitons au Dr Ollivier et à son équipe de pouvoir bénéficier de moyens permettant une amélioration des services rendus à la population pénitentiaire et des conditions de travail.

Si vous souhaitez davantage de détails, vous pouvez avoir l'intégralité des SROS3 en allant sur le site de l'ARH : [www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr). A partir du portail des ARH, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger les SROS. MD.

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

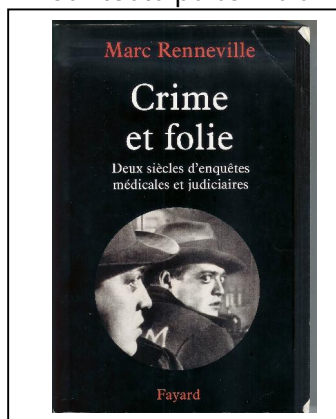
La formation ARTAAS du lundi 11 décembre au vendredi 15 décembre 2006 avec un colloque le mercredi 13 décembre au CWTC à Jarry, Baie-Mahault, Guadeloupe est en bonne voie d'organisation. La formation ARTAAS tous les matins sauf le mercredi est ouverte aux personnels sanitaires. Elle est limitée à 50 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.

## NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

Crime et folie  
Marc Renneville  
Fayard - 2003

Pour toute personne s'intéressant au destin de l'être humain délinquant, notamment si son état mental peut paraître perturbé, la lecture du livre de Marc Renneville, maître de conférences à Paris VIII et responsable du Centre interdisciplinaire de recherches de l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire, sera un véritable plaisir. Une promenade détaillée dans deux siècles de l'histoire médico-psycho légale et criminologique en France essentiellement, nous fait ressentir qu'au-delà des concepts changeants, des terminologies hésitantes, des doctrines parfois bien farfelues, l'interrogation humaine sur le fait criminel, la responsabilité, la folie, les moyens d'y répondre se répètent incessamment souvent de manière identique. Utile aussi bien pour celui qui entre dans le champ « psycho-criminologique » que pour celui qui y erre depuis de nombreuses années, cet important et imposant ouvrage, qui se lit parfois avec le plaisir du roman tout en étant doté de l'érudition du chercheur, donne les outils pour penser les évolutions actuelles. La bibliographie remarquable ajoute aux 500 pages de



l'ouvrage de belles perspectives de lecture et de recherche. Et pour se détendre, l'avant dernier chapitre consacré à « la folie meurtrière à l'écran » permet, tout en lisant, de voir revenir à son esprit les scènes de films célèbres ou fait naître l'envie de visionner des films inconnus. MD.

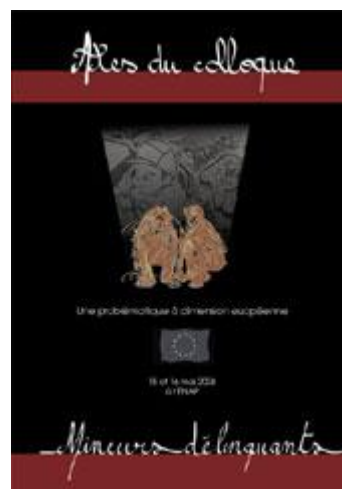
## Mineurs Délinquants Une problématique à dimension européenne

Un colloque sur ce thème s'est tenu à l'ENAP (Ecole nationale de l'administration pénitentiaire) le 15 et 16 mai 2006. Les actes du colloque sont téléchargeables sur le site de l'ENAP : [www.enap.justice.fr](http://www.enap.justice.fr). Ci-dessous, la présentation du colloque par l'ENAP.

« Organisé à l'Enap les 15 et 16 mai 2006, le colloque : "mineurs délinquants : une problématique à dimension européenne" a rassemblé un public de 250 congressistes issus d'administrations, d'institutions, de cultures et de sensibilités différentes, ayant tous un dénominateur commun : le souci de la meilleure prise en charge des jeunes délinquants.

14 experts français et étrangers sont venus présenter leur système et leur expérience. Les membres du Conseil de l'Europe ont rappelé les recommandations européennes en matière de détention des mineurs. 4 stratégies européennes différentes ont été examinées : Suède, Espagne, Grande-Bretagne et Belgique.

Les travaux de ce colloque se sont achevés par la conférence de Jean-Louis Dumas, directeur régional de la PJJ. Il a rappelé l'histoire de la collaboration affirmée entre la PJJ et l'Administration pénitentiaire, et tout le sens que peut prendre l'espace éducatif dans le cadre de l'enfermement ». MD.



## AGENDA

*Etats Généraux de l'alcool Guadeloupe.* 23/10/2006 – 28/10/2006 Guadeloupe. Réseau Addictions Guadeloupe : Institut Pasteur de la Guadeloupe – Morne Jolivière – 97139 Les Abymes. Tél. 05 90 47 17 00/ Fax : 05 90 47 17 04. [reseauaddictionsguadeloupe@gip-rag.fr](mailto:reseauaddictionsguadeloupe@gip-rag.fr). Contact : Mme Myriam Moïso-Hélène Directeur – Coordinateur administratif

*Séminaire scientifique addictologique. IVème Assises Caraïbéennes des addictions: Le traitement* 30-31 octobre 2006 à l'Atrium (Fort-de-France). Contacts: Mme Jocelyne CALABER - Centre de Soins et de Réinsertion de la Martinique (CSRM) Hôpital Clarac - Boulevard Pasteur, 97200 Fort de France. Tél. : 05 96 59 25 72. Fax : 05 96 59 25 93 ou Mme Jacqueline NINO - Secrétariat du Pr. Aimé CHARLES-NICOLAS. Tél. : 0596 55 20 44. Fax : 0596 75 84 49. Email : [shu.psy@chu-fortdefrance](mailto:shu.psy@chu-fortdefrance)

18<sup>èmes</sup> Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et Unités pour Malades difficiles, 6 et 7 novembre 2006 à La Rochelle sur le thème : « Ethique du Soins, Dangereusité, Soins consentis, obligés ou contraints ». La Caraïbe y sera représentée par une communication du SMPR de Baie-Mahault (Guadeloupe) intitulée : « *Vingt ans après ; Vers un changement de paradigme des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire confrontés à l'emprise sécuritaire sociétale* » (Michel David et Bruno Parra). Les lecteurs intéressés par le programme détaillé peuvent le demander à Socapsyleg (envoi électronique du programme et du bon d'inscription).



14e journées d'alcoologie Antilles-Guyane (JAGA). 08/11/2006 au 09/11/2006. ATRIUM (Fort de France) Martinique. Organisées par le Réseau Addictions Martinique. Contact : Mme Colette ALPHONSINE (secrétariat du RAM : 05 96 39 43 49 - Email : [colette.alphonsine@sante.gouv.fr](mailto:colette.alphonsine@sante.gouv.fr))

Journée Nationale des médecins coordinateurs, vendredi 24 novembre 2006, ministère de la Santé. Organisé par l'ARTAAS. Confirmation et modalités d'inscription en attente.

Les prisons en France : Un grand chantier présidentiel, 3<sup>èmes</sup> 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 détaillés et fiches d'inscription à venir.

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. 2ème 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](mailto: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/](http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/).

La prison du XXI<sup>e</sup> 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](mailto: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](mailto:info@fontainebleau-tourisme.com)), ou contacter le conservateur Catherine Prade ([catherine.prade@justice.gouv.fr](mailto:catherine.prade@justice.gouv.fr)).

## SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

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

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Information sur la population carcérale métropolitaine par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). Pour recevoir la lettre d'information demandez-en la réception à : [pierre-victor.tournier@wanadoo.fr](mailto:pierre-victor.tournier@wanadoo.fr)

ARTAAS : [www.artaas.org/](http://www.artaas.org/)

Association Française de Criminologie : [www.afc-assoc.org](http://www.afc-assoc.org)

Association Nationale des Visiteurs de Prison : [www.fraternet.org](http://www.fraternet.org)

CHU PAP/Abymes : [www.chu-guadeloupe.fr/](http://www.chu-guadeloupe.fr/)

Criminocorpus : [www.criminocorpus.cnrs.fr/](http://www.criminocorpus.cnrs.fr/)

Collège des soignants intervenant en prison : [www.sante-prison.org](http://www.sante-prison.org)

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

Fédération Française de Psychiatrie : [www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/](http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/)

Haute Autorité de santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Medikar : [www.medikar-web.com/](http://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](http://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 (SMPR de Fresnes) des Hôpitaux psychiatriques d'Ile de France. 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 ; 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 Psychologie clinique et pathologique  
de l'Université des Sciences Sociales de Grenoble.  
Ex-secrétaire de l'Association des Psychologues de la Guadeloupe  
(A.Psy.G).

Psychologue clinicienne en exercice depuis septembre 1997 au SMPR de  
Baie-Mahault (Guadeloupe) rattaché au Centre Hospitalier de Montéran.  
Titulaire en 2005 du D.E.A. Caraïbe, Amériques Latine et du Nord,

Option Anthropologie /Sociologie de la Caraïbe l'Université des Antilles –Guyane.

Thème du mémoire : « Les représentations du corps à la Guadeloupe, l'exemple des mi-  
neurs 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 jeu-  
nes 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.

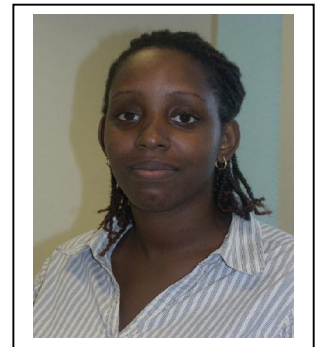
## Sophia BOUDINE

Administratrice de SOCAPSYLEG

Psychologue titulaire du DESS de Psychologie clinique de l'Enfant et  
de l'Adolescent de l'Université René Descartes (Paris V).

En poste au SMPR de Baie-Mahault depuis décembre 2003.

Psychologue dans le service de pédopsychiatrie du CMP de Saint-Martin  
de mars 2001 à décembre 2003.



**Bruno PARRA**



Administrateur de Socapsyleg.  
Cadre Supérieur de Santé. Titulaire du diplôme Cadre de Santé.  
Licence et maîtrise en sciences de l'éducation.  
Diplôme universitaire d'alcoologie, prévention des toxicomanies.  
En poste au SMPR de Baie-Mahault (Guadeloupe) depuis septembre 2003.  
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).