

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales
Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N°2-2007 – Mars-Avril 2007

SOMMAIRE

Editorial	1
L'injonction de soins vue par le politique et l'administratif	2
L'application de la loi du 17/06/1998 en Guadeloupe	5
Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale ...	6
Prédictivité du comportement	8
Le SCO	8
La pensée critique en médecine ...	9
Le premier établissement pénitentiaire pour mineurs	9
Notes de lectures et documentation	10
Agenda	12
Sites internet	13
Equipe rédactionnelle	14

EDITORIAL

Après les vœux, la mise en acte

Il ne suffit pas de souhaiter mais il faut continuer la tâche. Celle d'informer et de former étant un des objectifs de Socapsyleg, ce numéro se centre sur un aperçu diachronique autour de l'injonction de soin et du suivi socio-judiciaire vus par les politiques et les administratifs.

Dans la vie de chacun, il y a toujours un décalage important entre ce que l'on désire et ce qui advient. Tel semble être le cas pour l'application de la loi de 1998 qui peine à décoller. Il est vrai que les moyens mis par les pouvoirs publics pour la rendre effective n'ont pas été à la hauteur des ambitions. On a vu dans le numéro de décembre 2006 qu'il faut l'énergie d'une association comme l'Artass pour militer en faveur des soins aux auteurs de violence sexuelle. Outre la complexité spécifiquement professionnelle inhérente à ce champ clinique encore peu connu, il faut également se méfier de voir se privilégier une demande de contrôle social au détriment du soin.

On connaît la vigilance des psychiatres, ces « *veilleurs de la société* », comme les qualifiait un confrère, ancien ministre de la santé, sur ce point. La combativité de la communauté professionnelle a été remarquable aussi bien en ce qui concerne les troubles des conduites chez l'enfant que pour l'obtention du retrait des articles 18 à 24 de la loi de prévention de la délinquance. La vigilance doit se poursuivre autour des projets d'équipes mobiles de psychiatrie, actuellement fort à la mode un peu partout. Les soucis de sécurité publique pourraient les voir se transformer en « police psychiatrique » afin de cacher ce désordre psychiatrique que nous ne saurions voir dans nos rues...

Comme les coups peuvent venir de tout côté, en cette période électorale, rappelons-nous l'avertissement de Philippe le Hardi à son père Jean Le Bon à la bataille de Poitiers de 1356 : « *Père, gardez-vous à droite ; gardez-vous à gauche !* » (à rajouter : *gardez-vous au centre...*). MD.

L'INJONCTION DE SOINS VUE PAR LE POLITIQUE et L'ADMINISTRATIF

L'injonction de soin (IS) est une des mesures possible du suivi socio-judiciaire (SSJ) créé par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. En matière correctionnelle, le SSJ peut être la peine principale tandis qu'en matière criminelle, il ne s'agit que d'une peine complémentaire.

Les magistrats vont utiliser cette pénalité de manière variable selon les moyens qui permettent de l'appliquer. Par exemple, l'absence de médecins coordonnateurs ou d'un réseau de thérapeutes dans un département rend la loi inapplicable ou difficilement applicable. Il est toujours possible de recourir éventuellement à un médecin coordonnateur d'un département voisin, mais cela rend les démarches plus complexes (notamment pour le condamné), voire impossible dans les régions insulaires comme les nôtres.

Les magistrats font souvent preuve de réalisme et recourent plus aisément à l'obligation de soin, mesures moins satisfaisantes mais réalisables en l'absence de médecins coordonnateurs. Face au manque de moyens, la loi est donc diversement appliquée selon les régions, il peut être intéressant de se pencher sur le regard que portent au fil du temps les administratifs et les politiques sur le SSJ et l'IS.

1) Rapport IGSJ/IGAS « *L'organisation des soins aux détenus, Rapport d'évaluation* », juin 2001.

Publié trois ans après la loi de 1998, ce rapport qui étudie principalement les soins en prison consacre un chapitre au SSJ et rappelle des conditions de sa mise en place, notamment dans la région parisienne. Dès parution du décret n°2000-412 du 18 mai 2000 définissant les conditions d'établissement de la liste de médecins coordonnateurs et le choix du médecin traitant, le parquet de Paris avec le conseil départemental de l'ordre des médecins ont rédigé une note de synthèse et un article de sensibilisation publié dans le bulletin de l'ordre pour susciter des candidatures. Un groupe de travail siège/parquet a permis de diffuser une information auprès des magistrats. De nombreuses rencontres ont eu lieu avec le milieu psychiatrique toujours pour trouver des candidats. En décembre 2000, 16 candidats s'étaient déclarés pour toute l'Ile France. En avril 2001, la liste de médecins coordonnateurs paraissait.

La réticence des psychiatres est déjà remarquée pour de multiples raisons : secret médical, respect du consentement, séparation des fonctions d'expertise et de soins, crainte d'un transfert de responsabilité.

Les rapporteurs présentent également les différents traitements – chimiothérapies ou psychothérapies – et les initiatives prises ici et là et concluent de manière très pertinente : « *Il n'est en effet légitime ni sur le plan scientifique ni sur le plan éthique de rendre obligatoire un traitement dont on ignore l'efficacité et il faut essayer de trouver des batteries de tests et des outils médicaux de toute sorte (questionnaire individuels, registres épidémiologiques, suivi de cohortes, examens cliniques et complémentaires, dosages biologiques éventuellement, etc.) pour mesurer la validité des traitements. Le manque d'outils et d'indicateurs permettant d'apprécier l'efficacité, l'étendue et l'évolution du dispositif de soins constitue en effet l'un des principaux obstacles aux progrès dans ce domaine. La mise au point de ceux-ci pourrait faire l'objet d'appel d'offres en recherche-action* ».

2) Rapport d'une mission d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales de l'Assemblée nationale de juillet 2004 : « *20 mesures pour placer la lutte contre la récidive au cœur de la politique pénale* », rapporteur Gérard Léonard et président, l'actuel ministre de la justice, Pascal Clément.

Après avoir abordé « *la misère de l'application des peines* », les rapporteurs remarquent les « *inconséquences du suivi so-*

cio-judiciaire » (pp. 55-58). Le SSJ y est considéré comme un instrument efficace de lutte contre la récidive et sur le long terme puisqu'il peut s'étendre sur vingt ans en matière correctionnelle et trente ans en matière criminelle. Malheureusement, le constat est fait que le SSJ et tout spécialement l'IS sont peu prononcés et peu appliqués du fait de nombreuses difficultés. Il est impossible de comptabiliser le nombre d'IS parmi les SSJ dont les chiffres sont les suivants : 1998 : 5 ; 1999 : 75 ; 2000 : 265 ; 2001 : 421 ; 2002 : 645, ce qui représenterait moins de 8% des délinquants sexuels incarcérés. Les rapporteurs remarquent que les délinquants sexuels sont avant tout des criminels devant être punis avant que d'être des malades, mais selon eux l'absence de statistiques connues « illustre la méconnaissance, voire le désintérêt, dont souffrent le SSJ et l'IS et atteste de la défaillance de leur pilotage au niveau central » (on serait en droit d'attendre du passage du président de cette mission d'information aux hautes fonctions de ministre de la justice une reprise en main de cette défaillance de pilotage au niveau central...).

Une autre difficulté dans l'application de l'IS vient évidemment du manque de médecins coordonnateurs que les rapporteurs lient avec la pénurie de psychiatres dans le secteur public. Citant Betty Brahmy notre collègue du SMPR de Fleury-Mérogis, de nombreux psychiatres considèrent que les délinquants sexuels sont des pervers incurables et qu'ils ne peuvent être soignés comme les schizophrènes par exemple. Cette position de principe qui serait méconnue de l'opinion publique passe mal chez les élus de la nation car les délinquants sexuels feraient souvent l'objet d'une prise en charge psychiatrique pendant leur incarcération et qu'ils ne comprennent pas pourquoi ce qui serait possible en prison ne le serait pas en milieu ouvert.

Toutefois la réticence des psychiatres à s'engager dans les soins est mise en partie sur le compte d'un manque de connaissances dans ce domaine et notamment l'absence d'enseignement spécifique pendant les études de médecine et la spécialisation en psychiatrie. Les rapporteurs souhaitent donc l'inscription d'un tel enseignement dans le cursus universitaire ainsi que l'élargissement aux psychologues de la possibilité d'être thérapeutes dans le cadre de l'IS. Cette dernière mesure deviendra effective avec la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. Par contre la recommandation 16 s'apparente à un vœu pieux : la mission invite les pouvoirs publics compétents à prendre les mesures d'urgence nécessaires afin, à tout le moins, de pourvoir les 800 postes vacants de psychiatres dans les hôpitaux. Comme il faut 15 ans pour former un praticien hospitalier, on imagine la notion de l'urgence pour les politiques. Mais il est vrai qu'il n'y a pas d'urgences en psychiatrie....

3) Rapport de la commission Santé-Justice « *Santé, Justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive* ». Président : Jean-François Burgelin, juillet 2005.

La commission avait pour mission « *d'étudier les voies d'amélioration de la prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions qui sont atteints de troubles mentaux ou qui présentent un profil dangereux, et de réfléchir au suivi des personnes qui, ayant fait l'objet d'une condamnation pénale, nécessitent un suivi psychiatrique, en particulier lors de leur détention* ».

Avant d'évoquer les avis de la commission sur l'IS, il est intéressant de signaler la recommandation relative à l'obligation de soins. Le sursis avec mise à l'épreuve peut comporter une obligation de soins prononcée par les magistrats sans nécessairement avoir recueilli un avis médical. Cette pratique est régulièrement dénoncée par les médecins. Un juge n'a pas compétence pour prescrire un soin (à moins de se rendre coupable d'exercice illégal de la médecine.... Outre la légitimité de la compétence d'un magistrat sur ce point, la commission fait bien état du caractère incongru et probablement inefficace de cette procédure. En conséquence, il est proposé très rationnellement que l'obligation de soin repose sur un avis médical préalable (proposition n°18).

Concernant le SSJ, après en avoir rappelé le fonctionnement, la commission suggère un élargissement de ses applications à toutes les personnes souffrant de troubles mentaux en lien avec l'infraction commise (pro-

position n° 20). Cette formulation est importante car elle argumente l'IS à partir d'une caractéristique spécifique de la personne, les troubles mentaux, en lien avec l'infraction mais non à partir de l'infraction elle-même. Evidemment, cet élargissement ne sera pas aisé à mettre en œuvre sur le plan pratique au vu des difficultés rencontrées dans l'application de l'IS « *en raison de l'implantation inégale des psychiatres sur le plan national et de la rareté des médecins disponibles. Peu de praticiens ont une compétence spécifique dans le traitement des conduites sexuelles et semblent prêts à s'investir dans le champ expertal, la coordination et les soins* ».

Un fonctionnement harmonieux et cohérent des différents services concernés dans l'application du SSJ n'est possible qu'avec des moyens à la hauteur. Et si les services sanitaires sont à la peine, il en est de même de la justice : « *la mise en œuvre d'une peine aussi spécifique que le SSJ, tant en termes de durée que de coordinations entre les différents acteurs, nécessite que les juges d'application des peines et les conseillers d'insertion et de probation soient en nombre suffisant. Or, les tribunaux souffrent actuellement d'une pénurie de moyens qui a pu, à juste titre, décourager certaines juridictions d'ordonner des suivis socio-judiciaires qui resteraient inappliqués* ».

Pour faciliter la mise en œuvre de l'IS qui apparaît comme une mesure intéressante, la commission se limite à des propositions modestes (réalistes) : permettre aux psychologues d'intervenir comme thérapeutes (mesure effective avec la loi du 12 décembre 2005) ; permettre aux médecins coordonnateurs d'intervenir au niveau régional et pas seulement au niveau départemental, en cas de pénurie de médecins coordonnateurs, ne pas limiter à 15 le nombre de dossiers d'IS par médecin coordonnateur, espoir dans des projets de centres ressources inter-régionaux ayant vocation de diffuser les connaissances auprès des professionnels du soin prévus dans le plan Psychiatrie et santé mentale (2005-2010).

4) Rapport d'information du Sénat « *Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses* », juin 2006.

Les sénateurs rangent le suivi socio-judiciaire dans un chapitre intitulé « les mesures de sûreté et leurs limites » à côté du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAIS), la surveillance judiciaire et le bracelet électronique mobile. Ils complètent la comptabilisation du nombre de SSJ donnés par les députés pour les années 2003 et 2004 (cf. Tableau ci-dessous) qui connaît depuis 2003 une significative augmentation.

Comptabilisation du suivi socio-judiciaire	
1998	5
1999	75
2000	265
2001	421
2002	465 (642)*
2003	853 (795)*
2004	1063

* Entre parenthèses, d'autres chiffres donnés par le rapport IGA/IGSJ/IGAS analysé ci-après

Le SSJ est considéré comme permettant un contrôle post-carcéral du condamné. Malgré l'augmentation récente des SSJ, son utilisation est rappelée encore comme étant limitée par l'absence de médecins coordonnateurs et de thérapeutes. Les sénateurs proposent de renforcer le suivi des personnes après leur libération mais cet objectif nécessite « *à l'évidence une forte mobilisation des moyens – y compris de formation de personnes spécialisées - justifiés, au*

regard des enjeux de santé publique et de sécurité soulevés par la prise en charge des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux ».

Lors de l'exposé des rapporteurs en commission, au cours du débat, Robert Badinter a très justement « observé que le SSJ illustre les difficultés du système français, puisque ce dispositif avait été mis en place pour répondre à une forte pression de l'opinion publique mais que, faute de moyens, il n'avait pas répondu aux espoirs. Le législateur était alors conduit, selon lui, à adopter de nouveaux instruments juridiques sans plus de garanties que les moyens nécessaires soient mis en œuvre. Il a estimé que l'on passait ainsi de la démocratie d'opinion à la démocratie d'émotion et il a souhaité que l'on revienne à la démocratie de réflexion ».

5) Rapport de la commission parlementaire « Réponses à la dangerosité et à la prise en charge des individus dangereux », Rapporteur Jean-Paul GARRAUD, octobre 2006.

L'objet de cette mission demandé par le Premier Ministre était « d'approfondir les suggestions de la commission Santé-Justice qui seraient susceptibles de constituer des outils d'aide à la décision pour les magistrats tout au long de la procédure ».

Etudiant le SSJ dans cette perspective, les rapporteurs remarquent que la commission Santé-Justice avait fait preuve d'originalité en proposant de définir la peine de SSJ en fonction de la personnalité de l'auteur et non pas en fonction de la nature des faits commis. Finalement, ce sera la conception doctrinale classique qui aura été retenue pour élargir le champ du SSJ dans le cadre de la loi du 12 décembre 2005 en intégrant de nouvelles infractions.

La commission Garraud suggère l'extension du suivi socio-judiciaire à l'ensemble des infractions d'atteinte aux personnes tout en ayant bien conscience des « réticences de nombreux médecins à travailler avec la justice » et de l'importance des moyens à mettre en œuvre pour rendre opérationnel le SSJ. Parmi les mesures « simples », l'annulation du *numerus clausus* des dossiers suivis par le même médecin est également demandée.

En somme, il faut étendre de manière considérable le champ du SSJ sans prendre en compte les limites de son opérationnalité actuelle.

6) Rapport de l'IGA/IGSJ/IGAS « La prise en charge patients susceptibles d'être dangereux », Février 2006.

L'intitulé de ce travail est en fait plutôt restrictif et ne reflète pas l'étendue et la profondeur des sujets traités par ses auteurs. Il s'agit plutôt sur une vision assez large de la psychiatrie, analysant les tensions qui traversent cette discipline, elle-même immergée dans une société à la recherche de repères.

Parmi les facteurs de risque pouvant potentiellement créer des situations de dangerosité, les auteurs soulignent entre autres la défaillance et les limites des réponses institutionnelles. Le suivi médico-judiciaire serait une illustration des limites des réponses institutionnelles. Les inspections exposent les raisons de la médiocre efficacité des mesures judiciairement imposées telles qu'elles leur ont été argumentées par les soignants rencontrés. Parmi elles, on peut relever une piètre collaboration entre soignants et magistrats et le SSJ serait la mesure qui devrait permettre de faciliter ces échanges, notamment en trouvant une ébauche de solution par rapport au secret médical.

Il est néanmoins souligné que le principal obstacle à l'opérationnalité de la loi reste toujours le manque de médecins coordonnateurs. Sur ce chapitre des soins judiciairement imposés, les rapporteurs restent modestes quant à leurs propositions, suggérant uniquement d'élargir cette fonction aux médecins non psychiatres (ce que permet d'ailleurs le code de la santé publique article R. 3711-3 : Peuvent également être inscrits sur cette liste et sous les mêmes réserves, les médecins ayant suivi une formation, délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue, répondant aux conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé).

7) Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé « *La santé et la médecine en prison* », avis n° 94, octobre 2006.

L'avis du CCNE ne relève pas du politique ou de l'administratif, bien que pour le politique une contribution complémentaire d'un membre du CCNE fait remarquer de manière à susciter un intéressant débat que cet avis consacré à la santé et à la médecine en prison a conduit « *le Comité a tendanciellement formulé ses recommandations en termes d'options politiques et de choix de société* ». Ce qui rend cet avis si intéressant à lire, relire et méditer et s'impose pour conclure le présent exposé (mais non pour clore le débat et la réflexion comme il se doit pour tout avis du CCNE qui doit inciter les professionnels à trouver eux-mêmes des réponses à leurs questions).

La question de l'obligation ou de l'injonction de soins est considérée par le CCNE, avec la grève de la faim, comme « *un problème d'éthique médicale d'une grande complexité* ». D'emblée la question du consentement libre et informé en l'absence de contrainte ou de sanction est posée. La mise en balance d'avantages en termes de remises de peine supplémentaires si une thérapie pour prévenir la récidive est suivie ou d'inconvénients avec un maintien ou un retour en détention si le traitement est refusé par le condamné est présentée comme un sérieux problème. Le CCNE recourt même au mot de « *chantage* » au traitement pour éviter les sanctions, ce qui « *apparaît inacceptable au point de vue éthique* ». Le Comité rappelle que les professionnels de la santé en milieu pénitentiaire n'apprécient pas ces mesures. Par contre, la « *proposition de soins* » reste compatible avec l'exercice d'un véritable consentement libre et informé.

In fine, la question est de savoir si le traitement est réellement un soin au bénéfice d'une personne malade ou uniquement un moyen de protéger la société ? Le CCNE conclut ce passage en remarquant : « *On est là aux limites des problèmes éthiques posés par l'ambiguïté et la complexité des relations entre médecine et justice, et des risques de confusion et de pertes de repères qui en découlent* ». Cette remarque me donne l'occasion d'insister à nouveau sur l'exigence de qualité de recrutement dans les services hospitaliers qui travaillent sur ces sujets (SMPR – UCSA), ce qui est souvent bien difficile à faire comprendre à certaines administrations hospitalières pour lesquelles les soins aux détenus ne sont pas une priorité et où l'exigence de compétence professionnelle ne semble pas être une perçue.

En conclusion, on peut retenir que dans le temps, la situation du SSJ avec IS n'a évolué que lentement. Les obstacles principaux sont dus aux manques de professionnels impliqués pour des situations cliniques et thérapeutiques qui paraissent encore bien ambiguës pour de nombreux soignants. On peut le déplorer si on se place sur un plan très pragmatique. En fait, ces situations cliniques, sociales, juridiques propices à toutes les réflexions ouvrent un large champ d'exploration, de recherche qui ne peut que solliciter la curiosité autrefois vive des psy mais qui en ces temps de désenchantement collectif semble fortement s'éteindre. S'engager dans ce champ professionnel, où la vigilance doit être de mise pour naviguer entre les risques d'instrumentalisation de tous bords, devrait plutôt être une aventure stimulante. MD.

L'APPLICATION DE LA LOI DE 1998 EN GUADELOUPE

A l'initiative de monsieur Jean-Michel Prêtre, procureur de la République à Pointe-à-Pitre, une réunion de travail s'est tenue en son cabinet le lundi 5 mars 2007 réunissant Laurent Sabatier et Christophe Auger, vice-procureurs, Gwénola Hadet-Jan et Patrick Chevrier, juges d'application des peines, Monique Routy, chef du service d'insertion en milieu ouvert du SPIP de Pointe-à-Pitre et Michel David Psychiatre, CHM/SMPR.

Pour poursuivre le mouvement de sensibilisation initié depuis un an sur le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins en Guadeloupe, une réunion va être programmée par le procureur de la République de Pointe-à-Pitre dans les semaines à venir en invitant tous les chefs de secteurs du CHU et du CHM (secteurs 96 G 01, 02, 03, 04, 05, 06, I01, I02, P01, DPSI), accompagnés à leur convenance par un praticien hospitalier et d'un(e) psychologue intéressés de leur service. L'objectif de la réunion est d'informer sur la situation, de recueillir des candidatures de médecins coordonnateurs et de constituer un embryon de réseau de professionnels référents (psychiatres et psychologues) au niveau des principaux centres médico-psychologiques. MD.

L'HOSPITALISATION DES DETENUS EN GUADELOUPE

En mars 2005, un protocole d'hospitalisation des détenus en Guadeloupe a été validé en préfecture. Il s'agissait d'optimiser les modalités d'hospitalisation et les rendre conformes à la réglementation. Il était prévu une actualisation des procédures une fois les nouveaux bâtiments de la psychiatrie au CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes opérationnels, ce qui est fait depuis septembre 2006. Dorénavant, les hospitalisations d'office des détenus doivent se faire sur les deux établissements hospitaliers, le CHU et le centre hospitalier de Montéran (hôpital psychiatrique) à Saint-Claude, près de Basse-Terre et non plus exclusivement à Saint-Claude.

Une réunion de travail a eu lieu à la DSDS (appellation de la DRASS dans les DOM) le jeudi 1^{er} mars réunissant pour la DSDS le médecin inspecteur de santé, le Dr Christiane Collange, madame Bruxelles inspectrice en charge des hospitalisations d'office et pour le Service médico-psychologique de Baie-Mahault les Drs Michel David et Frédérique Monthézin et Nicolle Marchal Cadre de santé.

Un toilettage du protocole a été réalisé. Une fois sa rédaction définitive validée par le groupe de travail, une réunion avec tous les protagonistes concernés par le protocole sera organisée par la DSDS.

On peut espérer une meilleure prise en charge pour les patients avec des hospitalisations sur les secteurs de leur lieu de résidence hors prison, permettant une meilleure articulation pour les soins post-pénaux. La répartition des hospitalisations des détenus sera également équitablement répartie entre les deux établissements hospitaliers psychiatriques. Le nombre annuels des hospitalisations d'office des détenus reste faible en Guadeloupe (environ 8 par an pour les deux établissements pénitentiaires).

A noter également, que l'équipe du SMPR travaille à un protocole de liaison avec les services hospitaliers pour aider à améliorer la prise en charge des détenus souvent redoutée par les équipes hospitalières. Ce protocole après validation par les différentes instances de l'hôpital sera présenté dans les différents secteurs de psychiatrie. MD.

AUDITION PUBLIQUE EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PENALE 25 et 26 janvier 2007

Fin janvier 2007 s'est tenue l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale au Ministère de la santé et des Solidarités, 14, avenue Duquesne à Paris 7^{ème}. Les lecteurs intéressés peuvent trouver les textes des experts sur le site de la Fédération Française de Psychiatrie : www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/. A la suite de l'audition publique, le jury s'est réuni pour travailler à leurs recommandations. Kamo en fera état une fois qu'elles auront été rendues publiques. MD.

PREDICTIVITE DU COMPORTEMENT

Dans le précédent numéro de Kamo, une note de lecture portait sur le livre du psychiatre Michel Landry consacré à l'Etat dangereux où l'auteur interrogeait de manière critique les capacités des psys à pronostiquer le comportement de leur prochain. On pourra également se référer à l'avis n° 95 du CCNE (voir ci-dessous).

Un fait divers récent illustre bien cette difficulté. Une astronaute de la NASA, en activité depuis 10 ans, ayant participé en juillet 2006 à une mission de la navette spatiale a été suspendue de ses fonctions après avoir été inculpée pour tentative d'enlèvement d'une rivale amoureuse et agression avec un aérosol au poivre...

On se doute de la sélection redoutable que doit organiser la NASA pour recruter ses astronautes, des batteries de tests physiques et psychologiques employées, de l'observation des candidats pendant des mois et années et bien pourtant la probabilité d'un tel passage à l'acte n'a pas été prévu.

Alors quand on pense qu'on demande aux experts psychiatres et psychologues de pronostiquer la récurrence d'un délinquant, en sachant que leur examen reste bien sommaire par rapport à ce que la NASA met en œuvre, on peut se demander si tout cela est bien sérieux.... MD.

LE SCO

Vous avez entendu parler du SCO, le service civil obligatoire, que de droite comme de gauche, on voudrait parfois établir. Une proposition de loi a même été déposée à l'Assemblée nationale le 22 septembre 2004 relative au service civil obligatoire et mixte pour les jeunes gens de 18 à 25 ans.

Mais ce n'est pas de ce SCO dont je veux vous parler mais du *service carcéral obligatoire*. Il est « tendance » de s'immerger en live dans certaines situations pour s'en rendre réellement compte. Les enfants de Don Quichotte en sont une illustration récente. Il faut camper dans le froid pour trembler en phase avec le vécu des SDF. Autre expérience, l'installation d'une pseudo cellule de prison en place de Grève à Paris pour sensibiliser la « beauté » aux dures conditions pénitentiaires.

Mais pourquoi ne pas faire mieux et instaurer un service carcéral obligatoire. Chaque citoyen pourrait être incarcéré pendant un an par exemple et éprouverait les affres de la séparation, de l'oisiveté, de la promiscuité, de la violence, de la privation sexuelle ou de ses succédanés, des bruits nocturnes insomniants, des attentes interminables, de l'infantilisation, de l'absurde bien souvent. Tout cela structurellement dû à la volonté des citoyens et non par travers de fonctionnement des personnels pénitentiaires. Le doublement du parc pénitentiaire voulu par un certain candidat aux élections présidentielles pourrait permettre d'absorber ce surplus de participation citoyenne à la vie pénitentiaire. Ce SCO concernerait tous les citoyens, les mineurs puisque maintenant ils devraient être punis comme les majeurs, mais aussi les retraités dont la pension suspendue pendant le temps d'incarcération serait un des moyens pour résoudre le délicat problème du financement des retraites.

Toutes ces initiatives pour de nobles causes sont certes honorables mais elles signent un déficit de représentation dans nos sociétés. Il ne serait plus possible de prendre conscience d'une situation sans la vivre personnellement. Prééminence du passage à l'acte sur l'élaboration psychique : risque certain de dangerosité. MD.

LA PENSEE CRITIQUE EN MEDECINE

Deux professeurs de médecine, Christian Funck-Brentano et Michel Rosenheim, et le doyen de la faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie viennent de signer un article dans le Monde du 9 mars 2007 intitulé : « *La pensée critique en médecine, une nécessité* ». De quoi s'agit-il ?

Le ministère de l'enseignement supérieur prévoyait d'inclure à partir de 2008 dans l'examen classant national (ECN) remplaçant l'ancien internat en médecine une épreuve dite de lecture critique d'articles (LCA). En février 2006, des représentants d'étudiants en médecine ont obtenu la suspension de cette épreuve. Comme le soulignent les auteurs « *les études médicales ne développent pas l'intelligence critique* ». En somme les études de médecine s'apparenteraient de plus en plus à une sorte de super brevet de technicien supérieur. Les psychiatres étaient le plus souvent assez fiers de leur discipline où la réflexion, l'élaboration (parfois alambiquée, il faut en convenir) primaient sur la technicité somaticienne, elle-même dominée par les examens complémentaires et la médecine d'appareil réduisant le patient à son organe malade. D'ailleurs Freud ne disait-il pas que pour être psychanalyste, il fallait s'intéresser à l'histoire, l'archéologie, l'ethnologie, les religions et tout ce qui culturellement concerne l'homme.

Le renoncement des étudiants à la lecture critique des articles scientifiques et à la littérature médicale indique qu'ils sont déjà bien formatés pour ne suivre que les formations « politiquement » correctes pour valider leurs points de formation médicale continue et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP) et se contenter d'une médecine reposant essentiellement sur l'application de protocoles, ce qui devrait aider aux transferts de compétence entre professionnels.

Quant aux psychiatres, fiers de leur discipline où l'on pense, on peut craindre que les nouvelles générations suivent davantage le modèle du reste de la médecine avec prééminence du scientisme médicamenteux sur le travail relationnel. Ce déficit d'élaboration et les mutations que rencontre la psychiatrie contribuent à une mauvaise gestion de situations cliniques difficiles comme le rappelle le rapport des trois administrations sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux évoqués dans l'article ci-dessus sur l'injonction de soins.

Ce refus de développer une pensée critique est non seulement le « *signe de l'acceptation du déclin de la responsabilité médicale* » comme l'écrivent ces trois professeurs de médecine mais renvoie également au déficit des représentations évoquées à propos du « SCO ».

Kamo a la petite ambition de maintenir ce regard critique. MD.

LE PREMIER ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE POUR MINEUR (EPM)

Nous aimons bien les euphémismes dans notre société. Les hôpitaux psychiatriques ne sont plus des asiles, ils sont devenus un temps des centres hospitaliers spécialisés (mais spécialisés en quoi ?) pour être maintenant des établissements publics de santé mentale (ni référence à la fonction hospitalière ni a fortiori à la psychiatrie). Les centres médico-psychologiques ont de longue date préféré incorporer le « médico » plutôt que le « psychiatrico ». Aussi n'est-il pas étonnant que les nouvelles prisons pour mineurs soient baptisées EPM (et l'usage de l'abréviation sera encore plus soft). Pas maison d'arrêt, centre de détention ou centrale pour mineurs mais EPM.

La première prison pour mineurs vient d'être inaugurée dans le Rhône et « accueillera » (la notion d'accueil

pour une prison m'a toujours paru étrange) 60 mineurs. Il en est prévu 6 autres.

Lors de l'inauguration, le garde des Sceaux aurait déclaré : « *C'est une fierté car nous voulions sortir les mineurs des prisons pour adultes* ». Déjà que l'usage du mot « fierté » est pour le moins étrange pour évoquer le triste sort de certains mineurs, mais en outre, monsieur le Ministre pourquoi dépenser 13 millions d'euro par EPM pour sortir les mineurs des prisons d'adultes puisque votre collègue, le ministre de l'intérieur-candidat à la présidentielle veut punir les mineurs comme les majeurs ?... Dans ce cas la même prison devrait suffire avec des économies à la clé. Et Bercy a accepté ces dépenses, augmentant le nombre de fonctionnaires et creusant encore plus le déficit budgétaire. Bizarre !

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

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

ODILE VERSCHOOT
**ILS ONT TUÉ
LEURS ENFANTS**



Approche psychologique de l'infanticide

IMAGO

Les lecteurs qui ont pu apprécier les interventions et la présence d'Odile Verschoot, psychologue clinicienne au SMPR de Nantes, lors de la formation et du colloque consacrés aux violences sexuelles en Guadeloupe en décembre 2006 auront le plaisir de la retrouver en lisant son livre publié en janvier 2007 aux Editions Imago. Son travail paraît dans un temps où des affaires d'infanticide ont été très médiatisées et s'avère bien utile pour aborder ces faits graves avec une distanciation, non dénuée d'affects pour autant, que ne permettent pas le plus souvent les présentations

médiatiques.

Une note de lecture plus détaillée paraîtra dans un prochain numéro de Kamo mais dorénavant et déjà, nous ne pouvons que vous conseiller de lire cet ouvrage consacré à ces drames rebutants qui surviennent au sein de familles aux parcours si « ordinaires » dans l'apparence. Ce livre alterne observations concrètes et explications psychologiques clairement exposées qui intéresseront aussi bien les « psy » que les non « psy ». MD.

Tuer son enfant : acte insupportable, acte inexplicable... Comment peut-on tuer son propre enfant, non seulement le nouveau-né que la mère refuse dans son déni de grossesse, mais aussi l'enfant qu'elle aime plus que tout au monde, avec lequel elle vit depuis des mois, voire des années, et qu'elle protège comme une « bonne mère » ?

Chez ces parents — sans antécédent judiciaire, ni maladie psychiatrique avérée — le geste infanticide, nous dit Odile Verschoot, surgit d'un double désir : d'une part, le désir fou de garder en soi l'enfant que l'on craint de perdre et, d'autre part, en éliminant la descendance, celui de conserver sa place de « nourrisson psychique » au sein de la famille initiale.

Au cours de sa pratique de psychologue en milieu pénitentiaire, Odile Verschoot a recueilli la parole douloureuse de ces parents meurtriers. Elle a enquêté avec eux — et non pas simplement sur eux — pour tenter de comprendre ce qui les a menés vers l'acte fatal, et nous livre ainsi, à partir de nombreux cas, un étonnant témoignage clinique sur ces criminels si peu ordinaires.

Odile Verschoot est psychologue clinicienne en milieu pénitentiaire où elle exerce depuis une dizaine d'années.

ESPRIT

L'hôpital en mouvement

Janvier 2007 - N°1

La revue Esprit consacre son premier numéro de l'année 2007 à l'hôpital censé être mis en mouvement à l'occasion de cette nouvelle année, au millésime annonciateur de tous les changements depuis que le plan Hôpital 2007 est dans toutes les têtes. Nouvelle naissance ou hôpital mort né puisque déjà chassé par la nouvelle génération annoncée d'Hôpital 2012 (« 007 » ne serait donc pas le permis de tuer mais d'être tué). Sans être en relation directe avec la psychiatrie et la psychologie légales, bien que le droit médical ne soit pas absent de ce

numéro avec un article patient et la référence à table ronde débattant de quelle responsabilité ?, les mutations hospitalières et les usagers

Hôpital 2007 et sa ils apporter des fonctionnement

grande satisfaction des et des finances contribuer à façonner

lisant ce numéro. Mais inquiet de voir sa médicales ou

celle d'un co-contractant métier et peu intéressé oui, droit des obligations

en vous livrant ce « Pouvoirs et « Recentrer les attributions

la qualité des pratiques

la formation, la recherche et l'évaluation des nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques (missions auxquelles il a été formé) en le déchargeant des tâches de gestion ne peut être que favorable à l'accomplissement des missions dévolues aux services hospitaliers » (p. 27).

Ces attributions correspondent bien à la conclusion de l'article de ce numéro consacré à l'injonction de soins. Pourquoi en ces temps de pénurie médicale, dégager les médecins des tâches cliniques et thérapeutiques auxquelles ils ont été formés pour leur confier celles de l'administration ? Est-ce que celle-ci a été à ce point défaillante pour qu'on souhaite confier la gestion à des professionnels encore moins formés que les administratifs. En cas de désintérêt à exercer les fonctions de responsables de pôles, c'est courir le risque de voir se détruire un travail d'organisation clinique construit depuis cinq ans avec des projets de développement qui pourraient être abandonnés... Quelles énergies, compétences et temps perdus ! MD.

ESPRIT

L'hôpital en mouvement

Que devient la vocation hospitalière ?

L'accès au soin, l'accompagnement et la dépendance

La médecine saisie par le droit ?

Trois révolutions : droits des malades, gouvernance, financement

Patrick Bruin, François Grémieux, Marie Deugnier, Yves Deugnier, Didier Dreyfus, Jacques Dubin, Laurent El Ghazi, Paulette Guinchard, Jean-Pierre d'Halluin, Sylvie Legrain, François Lemaire, Alain Lejoux, François Maury, Jean-Marc Morin, Jean-Claude Petit, Agnès Ricard, Isabelle Richard, Jean-Paul Saint-André, Ghantal de Singly, Alain Tyrode



Levinas et Lyotard : la dette politique

Corinne Kaufmann

Joseph Conrad et l'Afrique coloniale

Paul Thibaud

Poèmes

Czesław Miłosz

*Élection présidentielle et la privatisation politique.
La campagne anti-tabac. Hollywood est un roman noir.
La diversité culturelle fait-elle peur au consommateur ?*

Janvier 2007

consacré à la place de la loi du 4 mars 2002 et un thème « Médecine-Justice : ce numéro de réflexion sur pitalières peut intéresser les de l'hôpital.

nouvelle gouvernance vont-améliorations au

hospitalier pour la plus usagers, des professionnels publiques ? A chacun de

son opinion sur le sujet en l'auteur de ces lignes, assez fonction glisser de tâches

d'organisation des soins à gestionnaire non formé à ce par lui (psychiatrie légale

non), cherche à se rassurer passage de l'article sur les organisations à l'hôpital :

du chef de service sur les soins et professionnelles, l'enseignement et

Les unités de visites familiales : nouvelles pratiques, nouveaux liens

Cécile Rambourg

ENAP

« Ce dossier rend compte de l'expérimentation des Unités de Visites Familiales en France. Il analyse les incidences de ce dispositif sur l'institution et les pratiques professionnelles, ainsi que sur les personnes détenues. Il identifie les éléments qui influent sur une re-définition de la personne détenue, son image, sa problématique affective, sociale et relationnelle et son parcours carcéral. Il analyse également l'intervention et l'appropriation du dispositif par les personnels pénitentiaires dans une approche nouvelle de prise en charge, d'accompagnement et de construction de projet pour la personne détenue. Il aborde enfin les UVF dans la construction d'une identité et d'un positionnement professionnels plus clairs pour les personnels et plus cohérents par rapport à leurs missions » (texte de présentation du site de l'ENAP).

Pour télécharger ce dossier : www.enap.justice.fr . Rubrique : La recherche puis publications collectives.

Les avis n°94 et 95 du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé

Dans l'article sur l'injonction de soins, l'avis n° 94 consacré à « *La Santé et la médecine en prison* » a été cité. L'avis n°95 intitulé « *Problèmes éthiques posés par des démarches de prédiction fondées sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant* » s'avère aussi particulièrement intéressant. Les lecteurs peuvent les télécharger sur le site du CCNE : www.ccne-ethique.fr.

AGENDA

2^{èmes} rencontres européennes de Psychiatrie en milieu pénitentiaire et 4^{ème} congrès de Médecine en milieu pénitentiaire. Lundi 12 et mardi 13 mars 2007, Ecole Normale Supérieure, Lyon. Information et inscription : Evenys, 17 rue de Seine 92100 Boulogne Billancourt – Tél : 01 55 200 504 – Fax : 01 55 200 209 evenys@evenys.com

Quand la sexualité devient un délit. Marseille les 19 et 20 mars 2007. Inscription : Association Anthea, 7, place aux Herbes – BP 219 – 83006 Draguignan Cedex – Tél : 04 94 68 98 48 – Fax : 04 94 68 28 74 – anthea@club-internet.fr

La santé en prison, 6^{ème} Congrès national des U.C.S.A., Nantes, 3 au 5 mai 2007, Informations et renseignements : MCO Congrès – 27, rue du Four à Chaux 13007 Marseille. Inscriptions : Audrey Martin : audrey@mcocongres.com

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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 du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de la Guadeloupe depuis septembre 2002 après avoir ouvert le Service médico-psychologique régional (SMPR) 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 et de « *L'expertise psychiatrique pénale* », collection Psychologiques, L'Harmattan, 2006; co-auteur du « *Guide de l'aide psychologique, De l'enfance à l'adolescence* », Odile Jacob, 1999 ; collaborateur aux 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'Aggressions Sexuelles (ARTAAS).

Titulaire du D.E.S.S. de Psychologie clinique et pathologique de des Sciences Sociales de Grenoble

Ex-secrétaire de l'Association des Psychologues de la Guadeloupe Psychologue clinicienne en exercice depuis septembre 1997 au SMPR 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 mineurs incarcérés ».

Promoteur en février 2000 d'un groupe de travail sur le rapport au 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



l'Université

(A.Psy.G).
de Baie-

tilles –
Guade-

corps en

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) de septembre 2003 à décembre 2006. Depuis le 1er janvier 2007, cadre de santé coordonnateur de pôle au Centre hospitalier de Biarritz.

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

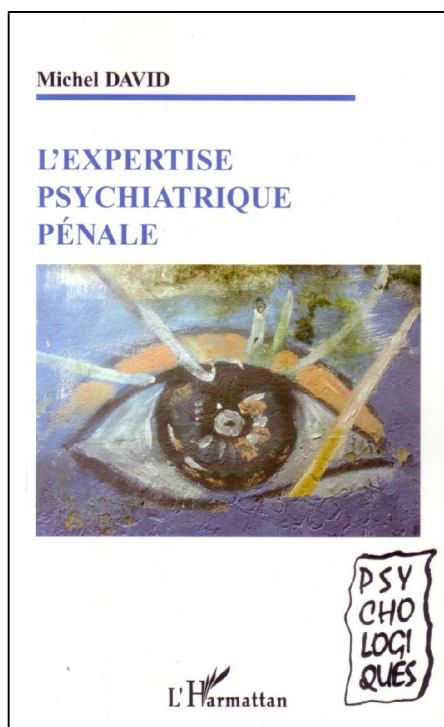
SERVICE DE PRESSE

Tél. : 01 40 46 79 22

Emmanuelle MOUCHE

e.mail : emmanuelle.mouche@harmattan.fr

Avis de parution



L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE

Michel DAVID

Coll. « Psychologiques »

ISBN : 2-296-01649-9 • 21 € • 242 pages

Le fonctionnement de la Justice en matière de procédure pénale fait l'objet d'une réflexion collective, principalement à la suite d'affaires judiciaires complexes. Le psychiatre, lorsqu'il collabore avec la justice en tant qu'expert, est un acteur de la procédure.

Dans les premiers temps de l'expertise psychiatrique, le magistrat instructeur demandait au psychiatre de déterminer si l'auteur présumé d'un délit ou d'un crime était atteint d'une maladie mentale pouvant entraîner son irresponsabilité juridique. L'expert psychiatre est maintenant sollicité pour des missions de plus en plus extensives, à la fois dans le contenu des questions mais aussi dans des contextes extrêmement diversifiés.

L'expertise de prélibération conditionnelle doit éclairer le juge d'application des peines sur l'évolution d'un condamné, sur sa dangerosité potentielle et sur les soins éventuels à imposer. L'expertise des plaignants, autour de laquelle la question de la crédibilité a fait largement débat, se doit d'évoluer en s'efforçant de dégager le retentissement des faits sur la personnalité de la victime.

La montée en charge progressive des soins en milieu pénitentiaire peut partiellement s'expliquer par la pratique expertale.

Le recours à l'expertise psychiatrique devient de plus en plus fréquent, alors que parallèlement, la psychiatrie rencontre une crise démographique notable. Les limites et les conditions de l'expertise psychiatrique pénale devront faire l'objet d'une réflexion des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens afin que la contribution des experts au fonctionnement de la Justice réponde le plus finement possible aux exigences d'un Etat de droit.

L'AUTEUR :

Michel DAVID, praticien hospitalier, psychiatre des Hôpitaux, chef de service (SMPR, Centre Hospitalier de Montérán, Guadeloupe), ancien psychiatre consultant au Centre national d'observation de Fresnes, a été inscrit sur les listes d'experts près la cours d'appel de Paris et de Caen.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1- HISTORIQUE DE L'EXPERTISE

SECTION 1. Article 64 du Code pénal de 1810 et définition d'une infraction

SECTION 2. Débats médico-judiciaires du XIX^{ème} siècle

SECTION 3. Circulaire Chaumié de 1905 et débat sur la responsabilité

SECTION 4. Réforme du Code pénal de 1992 et article 122-1

SECTION 5. Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

SECTION 6. Loi du 9 septembre 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

SECTION 7. Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et décret n°2006-385 du 30 mars 2006

2- REGLEMENTATION DE L'EXPERTISE

SECTION 1. Code de déontologie médicale

SECTION 2. Loi du 11 février 2004 modifiant le statut des experts judiciaires

SECTION 3. Décret du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires

SECTION 4. Code de procédure pénale et expertise

SECTION 5. Les experts

SECTION 6. Rémunération de l'expertise

3- MISSIONS D'EXPERTISE

SECTION 1. Expertise en garde à vue

SECTION 2. Expertise durant l'instruction

SECTION 3. Expertise en application des peines

SECTION 4. Expertise des plaignants

SECTION 5. Expertise en réparation du préjudice moral

SECTION 6. Expertise psychologique

SECTION 7. Expert à l'audience et avec les médias

4- CONSEQUENCES DE L'EXPERTISE

SECTION 1. Les soins en milieu fermé

SECTION 2. Les soins en milieu ouvert

5- PROBLEMATIQUES DE L'EXPERTISE CONTEMPORAINE

SECTION 1. Regard philosophique sur l'expertise psychiatrique

SECTION 2. Champ épistémologique de la psychiatrie

SECTION 3. Axes éthiques

SECTION 4. Une issue éthiquement acceptable

SECTION 5. Commission d'enquête autour de l'affaire dite d'Outreau (2006)

SECTION 6. Frais de justice

SECTION 7. D'une conférence de consensus vers une audition publique

SECTION 8. Quelques propositions

CONCLUSION

ANNEXE : Décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires (extraits)

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

BON DE COMMANDE

A retourner à L'HARMATTAN

7 rue de l'École Polytechnique 75005 Paris

*Veillez me faire parvenir exemplaire(s) du livre L'expertise psychiatrique pénale au prix unitaire de 21 € + 4.65
€ de frais de port, + 0,80 € de frais de port par ouvrage supplémentaire soit un total de.....€.*

NOM :

ADRESSE :

Ci-joint un chèque de €

Pour l'étranger, vos règlements sont à effectuer:

- en euros sur chèques domiciliés sur banque française
- par virement en euros sur notre CCP 23 625 44 N Paris
- par carte bancaire (Visa uniquement) N°..... date d'expiration...../...../...../

et le numéro CVx2 (les 3 derniers chiffres se trouvant au dos de votre carte, à gauche de votre signature) :

Vous pouvez aussi commander cet ouvrage directement à votre libraire habituel