

JOURNEE CRIAVS du Jeudi 20 septembre 2012

à l'Etablissement Public de Santé Mentale Départemental de l'Aisne - Prémontré

«LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES : AU CŒUR DE L'INTERFACE SANTE/JUSTICE»

Thème : prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel par la psychiatrie : que fait-elle, que peut-elle, que veut-elle ?

Texte du Docteur Gabrielle ARENA, *Psychiatre, Praticien hospitalier, Responsable du CRIAVS d'Ile de France Nord-Est, Responsable de la consultation intersectorielle pour la prévention et le traitement des violences sexuelles à Noisy le Sec, médecin coordonnateur – 93.*

Introduction

Aujourd'hui les médias évoquent, largement, les violences et crimes sexuels infligés aux femmes et aux enfants soulevant indignation et horreur. La peur ancestrale n'est plus seulement celle du fou, et surtout du fou criminel, mais celle du pervers sexuel, du violeur, du pédophile, classée au même rang, celle de l'inimaginable, de l'insupportable. ». Le pervers placé sous l'œil des caméras n'en finit plus de nous révolter et de signifier le mal absolu. Les peines de prisons ne peuvent avoir aucune fin, en témoigne récemment la sortie de prison de Michèle Martin, femme de Marc Dutroux, et le tollé que cela a provoqué dans la société. La haine et l'abjection demeurent intactes pour les proches des victimes et pour l'opinion publique en général, même lorsque le sujet a purgé plusieurs années de prison. Aucune rédemption n'est possible.

Devant ces violences infligées aux femmes, aux enfants, la psychiatrie, une fois de plus, est convoquée, soit pour donner son avis au moment du procès, soit pour prendre en charge le déviant, le « monstrueux », le criminel, « l'anormal et l'amoral. Une des principales missions historiques de la psychiatrie est d'ordre sécuritaire (du côté de l'ordre public). La psychiatrie a toujours des comptes à « rendre » à la société. La loi du 5 juillet 2011¹ en est une illustration récente, elle préconise des soins sans consentements étendus à l'ambulatoire. La loi paraît soucieuse du soin, elle semble ouvrir des portes aux traitements pour le malade, respecter sa personne, en élargissant le rôle accordé aux juges des libertés et de la détention chargés de contrôler la légitimité des mesures de soins sans consentement. Psychiatrie et justice se rencontrent à nouveau, l'hospitalisation temps plein sans le consentement d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge de la liberté et de la détention n'ait statué sur cette mesure. Cette loi ne conduit-elle pas à un contrôle social psychiatrique ? Nouvelle triangulation : psychiatre/malade / autorité administrative et judiciaire...

« Surveiller et punir » avait dit Foucault², notre époque croise ces deux verbes à l'infini :

Punir ou soigner c'est la question posée par le juge à l'expert.

Punir et soigner, c'est le problème qui se pose très souvent en prison avec les détenus (bouffées délirantes, tentatives de suicide, psychotiques ...).

¹ Loi du 5 juillet 2011.

² Foucault Michel « *surveiller et punir* » éditions Gallimard, février 1975.

Avec les auteurs de violences sexuelles, les déviants en général, nous sommes dans le punir, le surveiller et le soigner (injonction de soins), parfois le soigner malgré lui, et le soin comme mode de surveillance ou comme peine principale !!

Incitations aux soins en prison, à l'extérieur, si un expert le décide, il faudra se soumettre à une injonction de soins. Certaines personnes nous disent « je préférerais faire plus de prison plutôt que de venir ici pour voir un psy ». Les soins sont toujours douloureux encore plus lorsqu'ils sont imposés.

Ainsi, de nouvelles missions sont demandées à la psychiatrie. Chargée une fois de plus de garantir la stabilité sociale, ici, elle doit tracer la frontière entre l'individu normal et le pervers.

Les soignants exerçant en milieu pénitentiaire ont travaillé à ces changements. Leur souci humaniste a été non pas de retirer les chaînes des détenus, comme Pinel, mais de remodeler la figure du violeur et de l'agresseur sexuel, et de proposer des soins et des mesures d'accompagnement de ces sujets pour déconstruire la figure du monstre et éviter la récidive. Issue des travaux de Claude Balier, des réflexions des commissions santé /justice, la loi du 17 juillet 1998 a vu le jour. Cette loi prévoit des suivis socio-judiciaires avec injonctions de soins. Son originalité vient du fait qu'elle est née sous l'impulsion de réflexions de soignants.

Aujourd'hui, cette loi pensée pour les auteurs de violences sexuelles a fait l'objet de renforcements législatifs importants qui vont de lois relatives au traitement de la récidive des infractions pénales, jusqu'à une augmentation de la liste des infractions pouvant relever d'une injonction de soins.

La loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs a rendu quasiment systématique la mesure d'injonction de soins, et celle-ci a vu son champ s'étendre à tous types de violences. Nous, soignants, n'avons pas été conviés à ces nouveaux élargissements (violences, destructions de biens, actes de barbarie,...). Le modèle suggéré a fait en quelque sorte « tâche d'huile ».

Les soins pénalement ordonnés :

Le processus débute en détention par l'incitation aux soins.

L'application du suivi socio-judiciaire à la sortie de prison se complexifie. L'injonction de soins s'exécute en milieu ouvert en grandes parties dans des structures relevant de la psychiatrie générale.

Les psychiatres et des équipes soignantes ont vu ainsi leur pratique se complexifier, et aborder un domaine qui leur était totalement méconnu, avec une nouvelle clinique, celle de l'agir et de la transgression.

Deux illustrations pour évoquer ces problèmes : **la prise en charge des AVS sur les CMP et le rôle du médecin coordonnateur (celui défini par la loi de 1998).**

1 L'arrivée des auteurs de violence sexuelle sur les secteurs de psychiatrie publique

Cette arrivée s'est faite de façon totalement non préparée, avant même l'installation en 2007 des centres ressources régionaux pour intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle.

Qu'a fait la psychiatrie ?

Alors que les auteurs de violence sexuelle peuvent être accueillis dans les établissements pénitentiaires spécialisés pour infractions sexuelles, en milieu ouvert rien n'a été prévu et l'offre de soin n'est pas spécifique. Les psychiatres des secteurs de psychiatrie générale ont reçu tant bien que mal les auteurs de violence sexuelle, intégrés dans la file active habituelle de leur consultation, avec le sentiment très fort de ne pas répondre correctement à la demande.

On était dans la situation suivante : des personnes pénalement obligées qui n'avaient aucune demande de soin, et des psychiatres et des équipes soignantes qui n'avaient aucune envie de les recevoir.

Comment engager des soins avec un individu qui n'est pas demandeur. Que dire à ces sujets des traitements que nous pouvons proposer ? D'ordinaire, ceux-ci répondent à la demande de mieux-être ou de soulagement de la souffrance. Or, ces sujets ne se plaignent de rien.

Du côté du sujet : le déni, la minimisation, la banalisation des actes transgressifs commis.

Du côté des soignants, difficultés pour engager des soins : les prétextes évoqués étaient l'absence de demande, l'incurabilité du sujet pervers, l'absence d'empathie, le contre-transfert plus que négatif par rapport à des histoires inentendables et des crimes irreprésentables notamment sur enfants.

S'y ajoutent, la méconnaissance de la clinique des auteurs de violence sexuelle et le refus de s'y intéresser, et enfin la méconnaissance des rouages de la justice.

Que peut-elle ?

Dans ce contexte, plusieurs psychiatres ont fait part de leur incapacité à prendre en charge ces sujets, quelques-uns ont demandé de l'aide, un certain nombre sont restés franchement hostiles et ont rejeté toute idée même de participer à la prise en charge de ces sujets. Ainsi on assiste, dans des CMP, à plusieurs variables :

- certains soignants s'autorisent ouvertement à ne pas prendre en charge ces sujets. Nul n'est censé ignorer la loi. Il faut croire que dans ce domaine on a pu entendre leur demande.
- d'autres professionnels les ont inclus dans leur consultation, en restant du côté de la rencontre sans interroger les passages à l'acte transgressif.
- parfois, certains au contraire sont devenus, en quelque sorte, les spécialistes de la prise en charge des agresseurs sexuels dans un très grand inconfort ou un malaise.

Mais à l'impossible nul n'est tenu. S'il a été à un moment donné possible d'expliquer comment les actes pédophiliques, les agressions sexuelles s'inscrivaient dans l'histoire du sujet. S'il a été possible de rappeler la place fondamentale de la sexualité, il est plus difficile pour les psychiatres de soigner tous les obligés de la chaîne pénale et du parcours judiciaire ayant commis toutes sortes de violences (sur des biens, sur des personnes, ou tout simplement des escroqueries). A ce jeu-là, la psychiatrie ne pourra probablement pas sortir indemne de toutes ces confusions, et il faut appeler un délinquant un délinquant, et comment faire pour ne pas le retrouver dans la même salle d'attente que les autres patients, ni sur le même banc que les auteurs de violence sexuelle ? Comment faire entendre au magistrat la différence d'approche ?

Que peut-elle proposer sur le plan thérapeutique ?

Peut-on éradiquer la perversion, modifier la personnalité ? Difficilement...

Beaucoup de délinquants ordinaires ou sexuels sont des désadaptés sociaux graves dans le sens où ils n'ont pas intégrés les valeurs éducatives nécessaires à la vie en société, règles élémentaires pour vivre ensemble, en famille ou dans la cité. Les comportements violents et agités, les incivilités, l'irrespect pour autrui sont le lot quotidien de cette population, et ce, souvent, depuis l'enfance. Ils n'en sont pas pour autant des malades mentaux.

Le travail avec eux n'est pas un travail classique de prise en charge psychothérapeutique ; il ne s'agit pas de soigner ces sujets mais de les accompagner dans une réflexion sur leur passage à l'acte, sur l'éprouvé de la victime, sur les règles qui définissent le vivre ensemble, etc.

C'est ce qu'il faut expliquer aux magistrats ; nous sortons du soin ordinaire pour nous concentrer vers une approche autour des actes, des comportements, des conduites avec autrui en société.

2 Le médecin coordonnateur :

Le médecin coordonnateur, figure emblématique de la loi de 1998, est un personnage rare qui semble un port d'attache pour les différents acteurs de terrain : le juge d'application des peines, le CPIP³, le médecin traitant et l'agresseur sexuel.

Que peut faire ce psychiatre dans le rôle hybride qu'il endosse sur le terrain ? En effet, il n'est ni médecin traitant, ni expert. Il n'est pas décideur de la peine, ni de l'injonction de soins. Il se pose en « super contrôleur », auxiliaire de justice.

Du côté du patient,

Rappelons que le médecin coordonnateur ne participe pas et ne prescrit pas de thérapie pour le sujet condamné. Il doit néanmoins tenter d'installer une relation de confiance pour évaluer et cerner le profil de l'auteur de violence sexuelle. De plus, il doit l'interroger sur le choix de son thérapeute et évaluer la qualité à la fois de son suivi et de son investissement. Malgré le niveau de

³ Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

confiance qu'il installe dans sa consultation, il marque une limite en précisant bien qu'il devra, en cas de non-respect de ses obligations, informer le juge.

Pour le médecin la situation est délicate avec cette double casquette, il reçoit les confidences et en même temps il doit faire son rapport au juge et signaler tous manquements.

Du côté des thérapeutes traitants,

La position du médecin coordonnateur aussi est inconfortable, il apparaît souvent comme un personnage à la solde du juge.

Certains opposent d'emblée le secret médical ! Ils n'échangeront rien. En effet, chaque soignant est responsable du secret médical et n'est pas tenu de le partager. Aussi, le soignant peut tout à fait ne pas vouloir échanger avec son confrère. Soit parce qu'il a peur de trahir à son tour « son patient », soit parce qu'il a peur d'être jugé sur sa capacité à prendre en charge et à soigner.

L'un et l'autre sont dans des logiques différentes, les thérapeutes doivent se préoccuper de la souffrance du sujet, alors que le médecin coordonnateur et le juge d'application des peines doivent évaluer, eux, l'implication dans les soins et le risque de récidive.

Aussi, à cause de tous ces écueils, souvent, paradoxalement, (alors que tout le monde se plaint de ne pas avoir assez de médecins coordonnateurs), celui-ci reste sous-employé, par exemple très peu me demandent des expertises alors que je leur propose, très peu me demandent ce que je vais mettre dans le dossier annuel.

Du côté des juges d'application des peines

Les magistrats sont très friands des observations médicales. Le médecin coordonnateur, bien qu'il ne soit pas expert, est souvent utilisé comme tel. Là aussi, la psychiatrisation à outrance provoque deux types de situations :

- soit le magistrat est faussement réassuré par ce qui est mis en avant par le médecin coordonnateur concernant la qualité et le respect du suivi ;
- soit le magistrat est insatisfait car il demande une explication plus psychopathologique des passages à l'acte, utilise les termes psychiatriques à son tour, il existe alors une véritable confusion des mots et des registres.

Dans un cas comme dans l'autre, il n'est pas toujours facile de répondre à la demande du magistrat.

Que peuvent faire les psychiatres par rapport aux juges?

La psychiatrie a-t-elle quelque chose à dire aux magistrats concernant la durée des injonctions de soins ? Il y a souvent une grande incompréhension entre l'infraction et la durée d'injonction de soins demandée, très grande variation selon les tribunaux, selon les magistrats. Comment établissent-ils leur échelle ?

La psychiatrie ne doit pas être instrumentalisée, assujettie à tous les problèmes de société. Nous devons veiller à ce qu'il n'y ait pas de confusion et qu'elle ne vienne pas régler les problèmes sécuritaires, ni que les traitements ne se substituent aux sanctions judiciaires.

CONCLUSION

On parle de la psychiatrie comme si c'était une discipline figée. Lorsque l'on dit « où va la psychiatrie ? ». « Que fait-elle ? ». C'est comme si nous étions dans la crainte d'une perte d'identité, comme si nous étions en crise, en dérive incontrôlable. Alors faut-il s'inquiéter ? Ces questions indiquent la nécessité de réfléchir, de prendre des décisions, soit pour sortir d'une mauvaise passe, soit pour ajuster nos actions face aux pressions actuelles, tant mieux si ce questionnement permet à cette occasion de réaffirmer notre identité de soignant !

Poser ainsi le rôle de la psychiatrie laisse à penser que cette discipline est définie une fois pour toute, fixée dans des missions précises, discipline unique, la même pour tous, alors qu'elle est traversée par des courants théoriques différents parfois opposés, faites de pratiques diverses et variées. Cette diversité est notre atout et notre force. On peut parler comme R. GENTIS⁴ « d'une psychiatrie de la diversité » affirmant sa modernité reposant « *sur les échanges* et non sur *les modèles* », conservant sa pluralité, sa créativité, croisant les savoirs, acceptant le doute et la critique. Une psychiatrie vivante doit demeurer en chantier et en construction. Les lignes bougent constamment et chacun par sa réflexion est porteur de changement. Nous avons, avec les soins pénalement ordonnés, de nouvelles perspectives tant cliniques que thérapeutiques.

Sur l'articulation santé-justice

Néanmoins, la psychiatrie ne doit pas être le remède de toutes les déviances sociales. Les soignants doivent résister aux demandes inconsidérées émanant aujourd'hui de la justice, demain de la police, etc.

Dans ce contexte, coordonner les interventions de la justice et celles des professionnels de santé se heurte à de nombreux problèmes. Devant tout fait social se pose la question de la responsabilité, de la punition, de la prévention, du soin qui en découle. Ce qui apparaît comme nouveau depuis quelques années, c'est la mise en évidence de la souffrance psychique, d'abord celle de la victime et aujourd'hui celle de l'auteur d'infractions. Les soins pénalement ordonnés, visent à la protection sociale et à la prévention de la récidive. Ces soins imposés peuvent être une chance pour l'individu et une occasion d'y accéder.

Mais ils doivent s'articuler avec les principes éthiques et déontologiques de la demande sanitaire centrée, elle, sur l'individu.

Il faut aider les soignants à résister à toutes les demandes qui sont faites autour du sécuritaire, et en même temps à ne pas être trop frileux ou réticents face à ces nouvelles missions qui nous sont

⁴ GENTIS Roger, symposium de psychiatrie, fév. 1998.

confiées. C'est tout l'enjeu des centres ressources, à la fois d'expliquer et de former à cette nouvelle clinique, mais aussi de proposer un tissage sur le territoire pour permettre aux soignants de ne plus être isolés, et d'utiliser les personnes ressources de la région.

Les rencontres soignants professionnels de justice permettent de situer les limites de chacun, de poser les bornes de chaque champ, de clarifier nos places et nos missions.

BIBLIOGRAPHIE

- « *Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville Evrard* », Docteur Gabrielle Arena et Docteur Frédérique Marette, L'Information Psychiatrique, vol. 83, n° 1 - janvier 2007.

- *L'accompagnement des professionnels du soin* », Soins psychiatriques n° 267 – mars-avril 2010.

- « *Création du Centre Ressources Ile de France Nord Est pour Intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle* », Colloque « *Les délinquants sexuels et l'obligation de soins* », Association Française de Psychiatrie, 22 novembre 2008.

« *Enquête sur les obligations de soins* », actes des journées RIVE, colloque Réflexions Institutionnelles de Ville Evrard, avril 2006.

Docteur Arena & Docteur Daoud, psychiatres, avril 2006.

BALIER Claude « (1993) La psychanalyse peut-elle être appliquée en prison – Justice et Psychiatrie – Ecole nationale de la Magistrature p 131-138.

CIAVALDINI André « *violences sexuelles sous contrôle judiciaire* », Editions Press, 2003.

Foucault Michel « *surveiller et punir* » éditions Gallimard, février 1975.

GENTIS Roger, symposium de psychiatrie, fév. 1998.

Loi du 5 juillet 2011, hospitalisation sous contrainte.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.