

Demi- journée organisée par le CRIAVS de l'Aisne sur :
Société et violences sexuelles ; St Quentin le 8 décembre 2011.

PSYCHIATRIE ET VIOLENCES SEXUELLES

Docteur Georges JOVELET

Psychiatre des Hôpitaux - Chef de Pôle, Epsmd de l'Aisne
02320 Prémontré georges.jovel@wanadoo.fr

Ce sujet touche aux intérêts les plus élevés de la société, la morale, la justice, aux intérêts les plus chers de l'homme, la vie des citoyens et l'honneur des familles ; on ne saurait trop s'en occuper. E. Georget : discussion médicolégale sur la folie 1826 Paris Migneret. Ces propos pourraient s'appliquer au thème de cette demi-journée !

Préambule

Je remercie Yves Gerin, qui m'a convié à réfléchir avec vous à la place de la psychiatrie dans son rapport aux violences sexuelles, ce qui constitue un point d'articulation à la fois vaste, controversé et délicat à traiter. Ces questions mobilisent depuis près de deux siècles psychiatres, criminologues, juristes et politiques sur des domaines cliniques, idéologiques, sécuritaires et politiques.

La mise en perspective de ces deux termes permet d'exposer la problématique ; elle justifie deux remarques préliminaires :

- 1) Ce titre fait l'élision du sujet. Il s'en tient à des abstractions, à une entité « *la psychiatrie* » qui représente à la fois la personne même du psychiatre ou du psychologue, le corpus théorico-clinique de la discipline et l'appareil de soins défini par un lieu, hôpital, le CMP, ou les équipes.

Quant aux *violences sexuelles*, c'est un ensemble hétérogène de la criminologie qui agrège différentes formes de domination, aussi bien les agressions sexuelles, un inceste, un viol parfois associé à un meurtre ; cette formulation désigne un acte qualifié, et non les auteurs ; qui sont-ils et qu'est-ce qui les amène à passer à l'acte?

- 2) Le thème des violences sexuelles est d'actualité du fait de la médiatisation du procès du directeur général du FMI, du témoignage du fils d'un député Européen, des affaires d'Outreau, de Marc Dutroux ou de Patrick Evrard, le combat de Christine Banon, de Clémentine Autain, ou les meurtres d'Océane, d'Estelle, d'Agnès. Ces événements mettent plein-feu sur la réalité de ces violences, leur genèse et les enjeux mobilisés, dont la prévention de l'acte et des récidives. Tous, au sens « *de la grande masse indifférenciée du public* » se sentent concernés par ces expressions de violence. Les protagonistes sont le support de mouvements identificatoires, à la victime, à ses parents ou à ses

proches ce dont témoigne les mobilisations, les marches de soutien et de protestation mais aussi à l'agresseur, avec l'efflorescence de phobies d'impulsion ou la reconnaissance par certains d'une sexualité « à problème » (dont addictive). L'auteur, on parle tantôt de sévices, d'infraction ou d'agression sexuelle, est surtout le support d'une contre-identification massive ; il est perçu comme un monstre, à qui l'on dénie toute humanité et toute souffrance. Tantôt il est considéré par les médias comme un prédateur intégralement responsable tantôt comme un « grand fou à interner » : dans les deux cas il faudrait l'extraire définitivement de la communauté de nos semblables. Ces positions ont abouti à *la loi de rétention de sûreté* éthiquement discutable car elle introduit à partir de la notion de dangerosité, de risque de récurrence, une inflexion dans l'histoire de notre droit .

Pourquoi sommes nous tant interpellé par ces questions ?

Ce sont des situations qui touchent à l'ordre symbolique qui structure les relations humaines, individuelles, institutionnelles en y imprimant des différences de degré ou de statut. L'exigence de stricte égalité, de réciprocité et d'interactivité entre les personnes, l'idéal de démocratie intégrale appuyée sur le droit de chacun, tendent à effacer les lignes. Ces nouveaux modes d'être mettent en tension les relations homme-femme, ou les court-circuitent au sein des couples homosexuels. Les nouveaux droits ou devoirs respectifs entre les hommes et les femmes à la faveur des modifications des lois du mariage (par exemple du partage de l'autorité parentale), des nouvelles formes d'alliance tel le PAC... peuvent générer des dysfonctionnements un affrontement et de la violence intra familiale.

Cette problématique parle aussi avec le harcèlement sexuel ou moral de la relation patron-employé qui vient à la faveur de la crise et de la mondialisation, remplacer les formes plus anciennes de lutte de classe et de mobilisation collective.

Il s'agit également de la mutation plurifactorielle de la relation parents-enfant : contestation de l'autorité, idéal d'une relation plus respectueuse des besoins et des désirs, mais aussi malentendu qui repose sur une base identitaire, égalitaire qui annule les différences, jusque dans le cadre de la fonction de l'enseignant devenu un « *facilitateur d'apprentissages* » ; ou est le temps des maîtres ?

Quels sont nos droits, nos devoirs face à une norme sociale dont les limites sont floues ? quel est le statut de la vérité, du mensonge, que viennent révéler ces actes de la part obscure en nous (fantasmes, rêves, actes manqués) ? La transgression de nature sexuelle interroge le droit, la morale, l'évolution de la Loi et des normes au regard des mutations des mœurs et des valeurs. La radicalisation de la dénonciation des violences sexuelles est amplifiée par le discours victimologique ambiant et par la récupération politique qui en est faite ; 41 lois sur la sécurité ont été promues depuis 15 ans dont seulement 40% seraient applicables.

Après ce préambule, j'aborderai une triple réflexion :

- sur la sexualité
- sur les différents modes de jouir rencontrés dans la civilisation actuelle
- et sur l'évolution de notre discipline (de la psychiatrie à la Santé mentale)

1) la sexualité

L'acte sexuel comporte une certaine violence : c'est une réalité qui dérange, et arme les combats féministes autant que gays ou lesbiens. Entre les hommes et les femmes ça ne va pas de soi... Une jouissance est attendue comme un droit, comme un dû, comme une norme : celle du sujet, et du ou de la partenaire. l'acte sexuel suppose un moment de désir partagé et un consentement. Il s'agit d'un franchissement, d'un acte au sein d'une relation qui peut s'inscrire dans une ambivalence ou un empêchement. Il y a un qui désire et l'autre qui acquiesce.. Céder n'équivaut pas à consentir. Qu'est ce que consentir à ? Cette formulation est source de malentendus, de non-dit, liés aux codes de la séduction explicite ou implicite, tendue entre un désir, une volonté et un acquiescement.

Je parle ici en dehors des relations de confiance et de codes qui s'établissent au sein d'un couple constitué qui peuvent cependant être source de « dérapages » en cas de désaccord, de discorde ; les violences dans ce cadre représentent 20% de l'ensemble des comportements délictueux. Les viols conjugaux constituent des crimes peu dénoncés et souvent requalifiés ; ils présents dans 0,9% des couples .

Certaines rencontres peuvent provoquer de l'inattendu lié à la confrontation à une jouissance à soi même ignorée (réalisation d'un fantasme du sujet).

Freud fait de la névrose l'envers de la perversion : cela signifie que dans la névrose le fantasme est refoulé. De ce fait l'imprévu peut toujours surgir d'une rencontre. A l'aléatoire de cette rencontre s'ajoutent les effets contingents d'agents extérieurs comme l'alcool, la drogue, les effets de groupe.

2) Les modes de jouir de la civilisation actuelle

Nous ne sommes plus au temps de la répression sexuelle telle quelle a été décrite par S. Freud dans la société bourgeoise de Vienne, au milieu du 19eme siècle. C'est au contraire l'impératif de jouissance généralisée que l'on observe. Tout est offert sur le marché mondial comme objet consommable, comme jouissance prêt-à-porter, y compris le sexe et les enfants. « Avoir un enfant » peut dépasser le projet de transmission de valeurs, d'une inscription dans une chaîne symbolique qui sous-tend un engagement durable. Il peut s'agir d'une jouissance de posséder, d'avoir une emprise sur l'autre, quand on est soi

même désarmé, déboussolé. Avoir un enfant pour soi, à soi, comme un droit à, comme affirmation, amène à des dérives. L'abus de pouvoir y compris dans le domaine sexuel en est un effet possible par effacement des barrières, des interdits.

la montée du puritanisme, le projet d'interdiction de la sexualité vénale, le retour des interdits religieux, et un surinvestissement de la place de l'enfant comme l'âge supposé de l'innocence et du sacré est une des conséquences de cette jouissance délocalisée.

- sexe et violence sont associés dans les médias, sur internet et au cinéma, au dépens du désir et du lien amoureux
- Le mot d'ordre de 1968 « *jouissez sans entraves* » est en cours de réalisation ; de nouveaux modes de jouir s'appuient sur l'aspiration à toujours plus de liberté, sur le libertinage, et sur une idéologie libérale qui fétichise le concept même de la liberté.
- la théorie des genres, infiltre nos représentations « on a le sexe qu'on veut » indépendamment de l'anatomie et de la biologie.

Pour la psychanalyste Marie Hélène Brousse (1) « *La banalisation, la légalisation et la légitimation de l'homosexualité, la mutation des modes de procréation opérée par la science, aujourd'hui distincte de la vie sexuelle, ainsi que le développement de grande envergure d'une imagerie sexuelle accessible à tous sur le web, ont eu une quadruple conséquence.*

- 1) - *La vie sexuelle est pour le grand nombre totalement affranchie des liens sociaux traditionnels qui la contenaient, donc affranchie du discours, sauf de celui du capitalisme.*
- 2- *Elle est de plus en plus corrélée par contre à l'imaginaire au sens propre, soit à l'image du corps plus qu'au dire. C'est le cas par exemple de la sexualité gay dans les backroom¹ qui mobilise les écrans pour diffuser des vidéo porno et proscriit la parole entre les agents : cas extrême, certes, mais qui accentue seulement une tendance à l'œuvre dans toutes les autres formes de rencontres.*
- 3) - *Elle est de plus en plus proche de la perversion, au sens XIXe siècle du terme. L'expression de Freud sur la sexualité infantile « perverse polymorphe » vaut désormais pour la sexualité adulte en lui ajoutant la dimension d'acte sexuel qui la caractérise...*
- 4)- *On peut donc y voir une extension du domaine du passage à l'acte.*

Qu'est devenue, dans ce ...contexte la dialectique du désir et de l'amour ? »

¹ Littéralement, arrière-salle, espace permettant des rencontres brèves, anonymes, suivies d'une relation sexuelle.

Cette libéralisation des mœurs facilite les rencontres qui se font de plus en plus par internet en fonction de critères pré-déterminés par les partenaires y compris sexuels ; ces nouvelles pratiques, la diffusion de l'information sexuelle à l'école s'accompagnent paradoxalement d'une explosion des délits et crime en matière sexuelle au point de représenter une proportion importante des affaires jugées en correctionnelle et aux assises (20% d'inceste); on pourrait s'attendre à l'effet inverse.

S'agit-il d'une augmentation des transgressions ou d'un plus grand pourcentage d'affaires révélées du fait de l'exigence de transparence (tout savoir y compris de l'intimité des personnes), du contrôle généralisé, et de la politique de sensibilisation et d'incitation à dire et non plus à subir? (dans les viols seul une victime sur dix porterait plainte (2)

Est-ce la rançon de la médiatisation : un versant positif, de faciliter la parole, de dénoncer les exactions subies et un aspect plus difficilement contrôlable d'inciter les passages à l'acte de personnes vulnérables par un effet de contamination, d'identification à l'agresseur. La répétition de ces affaires criminelles, leur traitement médiatique peut servir de révélateur et favoriser « *la banalisation du mal* » selon l'expression d' H. Arendt (3).

Enfin quelles sont les incidences dans ce domaine des mutations de la civilisation passée de la répression à la désinhibition sexuelle?

3) Quant au deuxième terme de notre intitulé, il justifie que l'on distingue les différents niveaux qui peuvent être rangés sous le vocable « *psychiatrie* ».

- il y a : la pratique clinique et thérapeutique,
- la psychiatrie et la santé mentale
- une psychiatrie généraliste et un exercice plus spécialisée en matière de violences sexuelles ?

La pratique psychiatrique et les violences sexuelles :

Les violences sexuelles sont demeurées longtemps peu étudiées par la psychiatrie mais aussi par la psychologie et l'ensemble des sciences humaines.

« Si la socio-criminologie anglo-saxonne a commencé à s'y intéresser dans les années 50 et a produit depuis plus de 20 ans des ouvrages de synthèse couvrant l'ensemble des sujets » (2), il a fallu attendre la loi du 17 juin 1998 sur le suivi socio-judiciaire et la création des CRIAVS en 2006 pour qu'une politique de prévention et de soins soit mise en place.

Cette prise de conscience a évolué en réponse à une mobilisation de l'opinion, relayée par une forte médiatisation et l'audience des mouvements féministes pour ce qui concerne le viol, d'associations militant pour la dénonciation de l'inceste, l'ambiance sécuritaire et l'exigence du zéro défaut actionnée par le politique. Elle ne procède pas d'un engagement des psychiatres eux-mêmes.

Cette sensibilisation accrue et l'émergence d'un droit des victimes a permis de faire bouger les mentalités et de rompre le silence et la banalisation des violences sexuelles sous toutes ses formes : violences, viols au féminin ou masculin / incestes / actes pédophiliques.

La place de la psychiatrie dans le dispositif de prise en charge a longtemps été cantonnée au domaine médico-légal c'est à dire confiée aux psychiatres ou aux psychologues experts. Cela concernait d'abord les formes graves de perversion qui relevaient de peines lourdes avec possibilité de suivi en SMPR ou en cas d'exemption de responsabilité ou d'admission en UMD ; ce contexte répondait à une faible proportion de cas, le plus souvent le fait de malades psychotiques, ou de « grands pervers »² non représentatifs de la population des transgresseurs sexuels ; la prise en compte de la catégorie plus « ordinaire » des sujets transgresseurs s'est étendue plus lentement et avec une certaine réticence, voire hostilité à l'ensemble des établissements et des secteurs de psychiatrie publique.

Quel est le champ de compétence de la psychiatrie publique dans ce domaine ? les violences sexuelles en font-elles partie ?

- *Un rappel historique* : avant d'être dénommée au début du 20^{ème} siècle discipline psychiatrique, on parlait avec P. PINEL « d'aliénisme », terme crée pour distinguer les aliénés des insensés, les considérer comme des malades et fonder une « *médecine spéciale* » pour leur prodiguer les soins, *le traitement moral*.

Jean-Etienne Esquirol contribuera à l'édification de lieux de traitement spécifiques, les asiles départementaux à partir de 1838, et à créer le concept de monomanie qui comporte la variété de *monomanie érotique* qui inclue le passage à l'acte à caractère sexuel. Etienne Georget dans une perspective médico-légale crée le concept de monomanie, instinctive et homicide. Dans son « *examen médical de procès criminels*³ » on trouve le récit d'une agression sexuelle à caractère familial assez édifiante l'affaire Feldtmann. Il s'agit d'un père qui poursuit d'une passion coupable une de ses filles. Malgré la mise en garde répétée de prêtres, de juges et de ses proches, l'intéressé passera à l'acte meurtrier témoin de son aliénation.

La psychiatrie classique a étudié les violences sexuelles à partir du champ des perversions, qui a été développé et clarifié sous l'influence de S. Freud, déviation de la sexualité quant à l'objet et par rapport au but, et du travail

2

La discussion est renforcée par le fait qu'un certain nombre de patients ayant effectués des passages à l'acte à caractère sexuel suivi de meurtre, présentant des traits pervers, sont en fait des sujets psychotiques : le cas LANDRU qui a fait l'objet d'une monographie minutieuse et argumentée de la part de la psychanalyste F. Biaggi-Chai (4) en est une illustration même si la dimension de séduction dépasse ici l'agression sexuelle.

³ Document disponible sur le site de la BnF : gallica.bnf.fr/

d'entomologiste des perversions qu'ont effectué au début du 19ème siècle R. Von Krafft Ebing et Havelock Ellis.

Cette clinique est avant tout un inventaire exhaustif des différentes modalités de perversion. Notons que Krafft Ebing avait débuté son travail de recherche par une étude moins connue sur les crimes sexuels.

Le manuel de H. EY (5) paru dans les années 1960 rend compte de la constitution d'une clinique structurale qui s'appuie sur les notions de névrose, de psychose et de perversion. Elle intègre les troubles de la personnalité et du comportement violent y compris des impulsions dans le domaine sexuel et rend compte des formes de transgressions avec violence sans aborder précisément les agressions sexuelles et leur dynamique. Le nouveau manuel de D. Guelfi et F. Rouillon (6) dans le chapitre « paraphilie » consacre à côté de la description des différentes variétés de perversion, une part aux violences sexuelles, à leur traitement psychothérapeutique et médicamenteux.

La clinique du DSM d'influence anglo-saxonne a émergé à partir des années 80 : C'est un catalogue a-théorique de troubles qui déconstruit les apports des aliénistes et des psychiatres pour s'en tenir à un ensemble assez hétéroclite et peu utile à la compréhension de ces phénomènes complexes.

Cette réduction est centrée sur les troubles de l'impulsivité non spécifiques et sur la paraphilie. Cette nosographie pourrait faire penser que le domaine de la sexualité déviante échappe à la psychiatrie : le propos doit être nuancé car à la notion de psychiatrie se substitue dans les orientations gouvernementales celle de Santé Mentale. La Santé Mentale intègre les défaillances, au bien être, au bonheur. De « *mental disorder* » on passe au « *social disorder* », du symptôme au trouble, qui ouvre la voie aux diverses déviations de la norme sociale, dont les infractions sexuelles.

La violence sexuelle s'inscrit dans cette interface entre délinquance sexuelle qui relève d'une approche criminologique, judiciaire et passage à l'acte à caractère sexuel qui relève de la psychopathologie, de la psychiatrie et de la Santé Mentale (anomalie mentale/maladie mentale).

La limite est ténue d'où la nécessaire pluridisciplinarité d'approche.

La violence sexuelle, si elle est concernée par la psychiatrie ne se résume pas à la Maladie Mentale (la psychose) dont tous les auteurs reconnaissent qu'elle ne représente qu'un faible pourcentage de passage à l'acte, de même que la perversion au sens clinique du terme.

- Quelles sont donc les catégories cliniques des sujets infracteurs

On distingue d'après la catégorisation de B. Cordier(7)

- Les polydélinquants impulsifs intolérants à la frustration, dyssociaux. L'acte est soit un raptus soit plus réfléchi ; il s'inscrit comme une transgression comme une autre (cela correspond à un certain profil de violeur).

• Parmi les agresseurs sexuels exclusifs on délimite :

- Les malades mentaux : ils représentent une faible proportion. Il peut s'agir de profils de personnalité psychopathiques ou de névrosés plutôt inhibés sur le plan sexuel à moins qu'ils ne soient exhibitionnistes.

Chez les psychotiques, on rencontre des passages à l'acte correspondant à une libération brutale et inattendue de pulsions sexuelles sans lien établi avec la victime.

Chez les sujets déficients intellectuels jeunes, le passage à l'acte révèle l'incapacité à établir une relation avec un adulte.

Chez le sujet âgé, la sénescence, les altérations cognitives peuvent entraîner une levée de l'inhibition, des réaménagements libidinaux, un trouble du jugement qui facilite la transgression (inceste, exhibitionnisme, voyeurisme ou harcèlement sexuel).

- Il peut s'agir de sujets ayant des difficultés relationnelles du fait d'un défaut d'organisation mentale ou de troubles de la personnalité (narcissique) : le passage à l'acte correspond tout autant à une décharge d'agressivité qu'à la libération de pulsions sexuelles, ce comportement peut exister avec des traits de perversité. Chez les sujets de personnalité dite « limite » l'un des critères retenus est l'impulsivité dans le domaine de la sexualité, critère également décrit dans l'inventaire des troubles bipolaires.

- Enfin, il peut s'agir de sujets ayant des troubles psycho sexuels : trouble de la préférence sexuelle ou paraphilie du DSMIV qui reprend les différentes formes de perversion.

- il s'agit du sadisme, du masochisme, du voyeurisme, et de la pédophilie. Dans cette dernière catégorie, ces sujets sont souvent culpabilisés par leur acte, qu'ils reconnaissent, et sont plus facilement accessibles aux soins.

- Cette catégorisation concerne les insuffisance, l'impuissance qui peut amener à la quête de stimulants particuliers dont l'effraction, la prise de risque, le forçage.

- enfin le contexte des « *addictions sexuelles* » ou le sujet présente une relation de besoin à la chose sexuelle. Il s'agit soit de cas d'hypersexualité ou d'exigences pulsionnelles mal maîtrisées. Cette catégorie est à rapprocher de la posture d'un Donjuan conquérant...

Quelque soit la forme que prend la dynamique psychopathologique l'acte résulte d'une quête de jouissance ou il se trouve seul. Si pour J. Lacan

le désir et l'amour supposent un autre, donc une dialectique ce n'est pas le cas avec la jouissance.

- **Légitimité et limites de la prise en charge des violences sexuelles par la psychiatrie publique**⁴

- . Quelle est la compétence de la psychiatrie dans la prise en charge de ces sujets ?
- Relèvent-ils d'un traitement pénal ou sanitaire, ou les deux à la fois ? ces deux approches sont-elles conciliables ?
- Une évaluation clinique préalable est indispensable. Elle ne peut s'effectuer qu'au cas par cas en tenant compte du contexte, du ressort psychopathologique de l'acte et du positionnement du sujet.

- **Les éléments en faveur de cette légitimité portent sur plusieurs points :**

- L'expérience de la psychiatrie publique en matière de prise en charge de proximité, un dispositif de soin également réparti dans l'ensemble du territoire, le secteur.
- Dans leur pratiques, les équipes sont à même de rencontrer des victimes, des agresseurs, de détecter des situations à risque, de les prévenir.
- Il appartient aux équipes de secteur et de psychiatrie de liaison de relier des manifestations critiques, une souffrance exprimée, des troubles du comportement, une tentative de suicide, avec une violence subie.
 - Il s'agit là de faciliter l'expression de la parole de la victime. L'enjeu est de faire émerger chez un adolescent, un adulte l'articulation entre les symptômes et un traumatisme sexuel subi dans la honte et le non-dit. (cfs les conditions de la tentative de suicide de Chérif Delaunay)
 - Les entretiens peuvent permettre la prise de conscience et la verbalisation d'une agression parfois ancienne, partiellement refoulée.
 - la question plus délicate est le traitement de cette révélation et de son statut.
 - il ne nous appartient pas, à nous soignant, de faire la part entre vérité et mensonge, entre allégation et abus réel. Il ne faut pas méconnaître les effets eux même déstabilisants d'un recours à la police, à la justice et les conséquences de la dénonciation d'acte, ce d'autant qu'il implique la famille ou les proches. Dans tous les cas un accompagnement psychothérapique à tous les stades de la démarche de dénonciation et de l'instruction judiciaire s'impose.
- Le secteur a :
 - une expérience de travail thérapeutique avec des patients qui déniaient leur trouble, les méconnaissent ou les minimisent et n'ont pas de demande

⁴ Nous revoyons les lecteurs à un N° de FORENCZIC abordant le rôle du Secteur dans la prise en charge des violences sexuelles (8)

exprimée : sujets psychotiques, alcooliques, borderline, ou présentant une pathologie carencielle etc ...

- -Une culture de la liaison, du réseau de soin, en particulier avec les structures pénitentiaires ou les secteurs sont implantés depuis 1994 avec SMPR puis les secteurs médico pénitentiaires.
- -Le secteur : -est constitué par une équipe pluri professionnelle (psychiatre, psychologue, infirmiers, assistante sociale) à même de délivrer des réponses diversifiées.
 - a une expérience du travail avec les familles et de l'insertion sociale de patients.

L'amorçage d'un suivi thérapeutique est plus facile si l'infracteur a bénéficié, en cas d'incarcération, d'un premier contact avec l'équipe psychiatrique du SMPR qui a pu travailler avec lui la question de la place du soin et permis d'élaborer une demande, soit intéresser un sujet à la genèse de son acte, à un travail de subjectivation à relayer en ambulatoire.

Le sujet est à même de mesurer l'écart entre un interrogatoire et un entretien qui ne juge pas, ne condamne pas, mais prend en compte la dynamique psychopathologique, la souffrance, le destin d'un sujet, son aliénation à une conduite sexuelle répréhensible.

- En ambulatoire tout dépend du sujet lui-même, du niveau de sa prise de conscience mais aussi des conditions d'adressage par le magistrat :
- Quelle place peut occuper une prise en charge
 - en cas de négation des faits délictueux ou criminels ?
 - en cas de réfutation de toute implication par rapport à l'acte et de refus d'un « pari thérapeutique » ?

Dans de telles conditions il est illusoire d'inscrire du soin ; c'est de l'ordre d'une mission impossible, d'un échec annoncé pour les équipes soignantes.

- La proposition d'un espace-temps pour mettre des paroles sur les actes, évoquer des difficultés personnelles, relationnelles, parler de sa souffrance peuvent avoir sur un sujet partie-prenante des effets bénéfiques et constituer une véritable rencontre, une chance. Dans certain cas, il est possible que le patient prolonge au-delà du temps de l'injonction de soins, sa prise en charge. (pour des sujets névrosés ou psychotiques plus que pour des pervers ?)

Quels sont les arguments défavorables : les limites ?

Elles résultent de réserves d'ordre éthique et pratique.

Sur le plan éthique, le principe même d'une *peine de soin* est à dénoncer. On ne peut condamner un sujet à se soigner, ou exercer une pression, un chantage

entre le choix d'une sanction pénale et ce qui serait perçu comme une « *sanction thérapeutique* ».

C'est pourquoi l'injonction de soins qui suppose un avis médical d'expert psychiatrique est à privilégier sur l'obligation de soins qui court-circuite le temps d'un questionnement personnel et institutionnel sur la place d'un soin. La réserve porte sur les conditions du déroulement d'une expertise qui peut être le premier temps d'un processus thérapeutique, et d'une proposition de suivi.

Quelles sont les conditions de réalisation de ce type de prise en charge ?

Nous abordons ici la question pratique : il faut distinguer ce qui est de l'institution et ce qui est de l'ambulatoire.

Réponse institutionnelle : dans les formes et les plus graves (de crimes) ces sujets violents relèvent ils d'une hospitalisation psychiatrique ou d'une incarcération ?

Cette question renvoie aux deux alinéas du 122-1 du code pénal touchant à la conscience altérée ou abolie lors du crime.

La délimitation entre d'un côté les troubles graves de la personnalité et la pathologie mentale avérée, est l'objet de controverse y compris dans nos rangs. A la question théorique se joint des questions touchant à l'organisation des unités de psychiatrie et au projet thérapeutique d'accueil et de soins. (Cfs propos d'E. Toulouse⁵)

La création d'USHA, d'UMD supplémentaires est une réponse possible au passage à l'acte les plus sévères, en cas de troubles grave de la personnalité ou de psychose décompensées.

En ambulatoire :

Que la psychiatrie s'engage dans certaines conditions à répondre à des situations cliniques suppose un arsenal thérapeutique qui ne s'improvise pas :

- Nécessité d'une formation spécifique sous forme d'un savoir en plus ,théorique et pratique.
- Mise en place d'un accueil et de moyens thérapeutiques adaptés : psychothérapie individuelle, de groupe, usage raisonné des médicaments. Un travail de supervision est utile afin que les thérapeutes ne se sentent pas isolés et progressent dans leurs compétences et expérience, qui n'est pas simple transposition des prises en charge psychiatriques.
- l'aide, le soutien des CRIAVS est un complément utile dans cette élaboration des suivis.

⁵ Cité par E..Archer lors de son intervention aux journées de la SIP Montpellier 2011 sur la perversion (non publié) : qui rappelle la position de Edouard TOULOUSE : dans la période entre les deux guerres le psychiatre déclarait que ce n'est pas parce que les pervers (délinquants sexuels) ne se reconnaissent pas malades, que leur curabilité reste aléatoire ou que les services de psychiatrie ne sont pas adaptés pour les accueillir, que ces sujets transgresseurs ne relèvent pas de soins psychiatriques.

-Pour conclure

Il est légitime que les équipes de psychiatrie publique se sentent impliquées par la question des violences sexuelles qui constituent un réel problème de société et un enjeu de crédibilité pour notre discipline.

Cela suppose une réflexion en continu avec les magistrats pour mettre au point des réponses cohérentes, qui ne soient pas décrétées dans l'urgence, ou par simple défausse. Cela veut dire de respecter la place et la spécificité des uns et des autres et d'éviter toute confusion de rôle entre la sanction et le soin (la peine de soins). Cela va à l'encontre d'un continuum médico-judiciaire.

Que les psychiatres, psychologues répondent à la demande des magistrats, de la société, des infracteurs eux-mêmes, n'équivaut pas à répondre à toutes les demandes dans une psychiatrisation à l'excès de toute violence, ni de répondre de tout, soit endosser la responsabilité directe en cas de dysfonctionnement, de récidence. Il n'y a pas de garantie possible à la prédictivité, à la dangerosité.

La mise en place de tels soins doit s'appuyer d'abord sur le désir, la volonté des équipes de psychiatrie, mais aussi sur les capacités réelles de réponses.

Ce n'est pas à coup de loi, de circulaire, de pression d'inféodation de la psychiatrie par la justice ou l'Etat que la situation changera. Les pratiques sont évolutives et doivent préserver la dimension de cohérence et d'éthique en respectant un équilibre entre répression, soins, liberté, droit et défense de la société.

Références bibliographiques.

- 1) Brousse M.H. Les nouveaux désordres, chronique ; Lacan Quotidien N° 81 accessible sur : www.lacanquotidien.fr
- 2) Le Goaziou. V., et Al, *Dictionnaire de la criminologie en ligne* ; extrait de l'article sur le viol.
- 3) Arendt H, *Eichmann à Jérusalem* .Rapport sur la banalité du mal. Folio 1991.
- 4) Biagi-Chai F. *Le cas Landru à la lumière de la psychanalyse*. Imago 2010, 248 p.
- 5) Ey. H, Bernard. P, Brisset. CH, Les perversions sexuelles *Manuel de psychiatrie*, Masson Paris 1970 p 372-84.
- 6) Cordier.B, les paraphilies : *Manuel de psychiatrie*, Paris, Elsevier-Masson sous la direction de Guelfi. J.D, Rouillon.F, p373-78.
- 7 Cordier B. le violeur de femmes in *Agressions sexuelles* : victimes et auteurs, L'harmattan Paris 1998 p 138-39
- 8) Senon JL, Mery B, Patillot P, Légitimité & limites du secteur de psychiatrie dans la prise en charge des agresseurs sexuels. *Forensic* N° 17, 2eme semestre 1997.