

Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique

Quels rôles et quelles fonctions pour le psychiatre et la psychiatrie ?

Pourquoi ce numéro de "Pluriels" ?

D'abord, parce qu'il s'agit bien d'un enjeu de santé publique. Les situations d'agression sexuelle « crimes et délits contre la personne » ont augmenté, entre 1996 et 2004, en France de 40 %. En 2004, les atteintes aux mœurs constituent 9 % de la criminalité globale et, selon l'observatoire national de la délinquance, en 2005, 475 000 personnes se disent avoir été victimes de violences sexuelles. Ces chiffres, pour impressionnants qu'ils soient, sont tous de la seule source judiciaire et ne permettent donc pas de refléter l'importance du phénomène ; il ne s'agit que la partie émergée d'un iceberg ; on ignore tout ou presque tout de ce qui se passe sous la surface, tout ou presque tout sur les réalités cliniques et psychopathologiques des agresseurs. Ensuite, parce que la création des UHSA et la loi sur la dangerosité qui tendent dernièrement d'apporter des réponses à l'extension du phénomène ont soulevé dans le monde de la psychiatrie, particulièrement interpellé, un certain nombre de réactions, souvent peu favorables à ce dispositif et à cette loi.

Pour mieux connaître les positions des psychiatres conduits à répondre à la demande d'expertise de dangerosité des délinquants en fin de peine qui leur est faite comme pour mieux cerner la conception qu'ils se font, plus généralement, de leur rôle dans le soin et le souci qu'ils ont à prendre de ces sujets, nous avons soumis à sept d'entre eux particulièrement concernés le questionnaire que voici, dont nous vous livrons dans ce numéro triple 69-70-71 de *Pluriels*, *in extenso*, les réponses.

Le questionnaire

Première question. Le phénomène lui-même :

- Historique
- Définition : délinquance et pathologie
- Prévalence (épidémiologie) :
 - familiale
 - extra-familiale

- Évolution spontanée du phénomène (histoire naturelle)
- Évolution après interventions : traitements et prise en charge d'aide
- Les acteurs de la prise en charge
- Efficacité des interventions (épidémiologie)
- Situation des prisons

Deuxième question. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?

- Quand, par qui et comment la psychiatrie est-elle interpellée ?
- Quelles sont les modalités de ses interventions (thérapeutiques et aides) ?
- Qu'est-ce que la psychiatrie sait faire ? Y a-t-il un consensus sur ces possibilités ?
 - à partir de quelles organisations ?
 - grâce à quelles formations ?
- Qu'est-ce qui manque (détermination des rôles, objectifs finalisés, suivis assumés, etc.)

Troisième question. En matière de traitements et d'interventions, qu'est-ce qui est établi ?

- Quels sont les traitements qui « marchent » (que sait-on et que ne sait-on pas) ?
- Existe-t-il un consensus sur les modalités de prise en charge et d'intervention ?
- Quel est le rôle des expertises et la validité des diagnostics (dangerosité et récidive) ?
- À quels moments et dans quels contextes les interventions sont-elles les plus efficaces ?
- Comment collaborent en vue d'évaluation le psychiatrique et le judiciaire ?

Quatrième question. Comment la psychiatrie et les psychiatres peuvent-ils répondre aux demandes nouvelles de collaboration qui leur sont faites ? Plus précisément, aujourd'hui, à la demande d'expertise de dangerosité des délinquants en fin de peine afin de prévenir la récidive ?

Sophie Baron Laforêt

PH, secteur 75G01,
Hôpital Esquirol-Saint-Maurice.

Première question. Le phénomène lui-même.

Historique.

Sans doute a-t-il toujours existé, mais on ne peut que remarquer que notre société y porte depuis peu une attention particulière, voire soutenue.

L'historique de cet intérêt semble très lié d'une part, à la place de l'enfant dans la société et la famille, devenu un bien, voire un droit précieux, et d'autre part, à l'essor du discours des victimes. Dans un premier temps, ce sont les femmes qui ont été entendues ; en parallèle, les victimes d'attentat, de catastrophes ont pris de plus en plus de place dans une société qui rêve d'annuler les risques.

Les commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) indemnisant les victimes d'infractions dont on n'a pas retrouvé l'auteur sont une création de 1985 ou 1986.

La notion que la violence à caractère sexuel peut être un crime a été intégrée dans le code pénal de 1992.

Depuis une quinzaine d'années, les auteurs de violences sexuelles ont afflué dans les prisons : ainsi des professionnels de justice, de l'administration pénitentiaire et de soins ont été amenés à en rencontrer comme sans doute ils n'y avaient pas pensé et n'y avaient pas été préparés.

Très rapidement, 50 % des procès d'assises ont été des procès de violences à caractère sexuel, ce qui n'était pas le cas 5 à 10 ans plus tôt. Et donc des magistrats, des jurés, des avocats... ont été confrontés au sujet de la violence sexuelle, aux sujets qui en sont les auteurs et que souvent on voyait peu dans les prétoires et en tout cas pas sous cet angle de vue.

Définition : délinquance et pathologie.

Délinquance

Comment supporter socialement que de tels actes soient commis par des personnes saines d'esprit ? « Dites-nous qu'ils sont malades et de quoi ? » semble-t-on demander aux « psy » comme une forme de soulagement auquel il est bien difficile de se soustraire.

Ce sont des délinquants peu valorisants, il reste dans notre imaginaire une certaine admiration du voleur Robin des Bois rééquilibrant certaines injustices, des Arsène Lupin, mais aussi du grand banditisme, des systèmes mafieux qui font entrevoir les interdits.

Ces délinquants-là, ceux à caractère sexuel, n'inspirent rien de cela, ou peu d'avouable en ce qui est des interdits sexuels.

Les réponses des psychiatres et des professionnels de psychopathologie sont donc décevantes : pas de profils-types, pas de grands fous fascinants... soulignant l'écart entre la demande et les réponses et maintenant ces auteurs et ces actes en place de méprisables.

Pathologie

La conférence de consensus de 2001 rappelle qu'il est « impossible d'isoler des groupes cliniques spécifiques et de distinguer des types de personnalité ou de fonctionnement psychique selon les types d'actes commis par exemple, les pédophiles intra et extra-familiaux, les auteurs de viol » ...

« Tous les experts notent un polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques. »

Question de la perversion

Les classifications internationales évacuent la question de la perversion. Pathologie en tant que telle ou part pathologique d'un individu ?

- Actes prévalents, témoins d'un aménagement « spécifique » du fonctionnement psychique, la perversité, telle que la décrit Claude Balier, trouble de la personnalité permettant d'éviter l'effondrement dans la psychose, définition qui rejoint les perversions narcissiques.
- Actes commis par un sujet qui présente des troubles de la personnalité plus courants et moins « dangereux » : immaturité, incapacité dépressive, vulnérabilité, avec fréquents recours aux toxiques...

Prévalence (épidémiologie) : Familiale, Extra-familiale

Difficile, la connaissance du phénomène se fait par des biais : les études sur les personnes condamnées, et celles rencontrées en soins.

Cette différenciation est centrée sur une description du contexte des actes incriminés. La question pourrait être l'impact de la différence de ce contexte sur la psychopathologie, la gravité des faits, la récidive...

Le risque est de considérer à tort les actes commis en intra-familial comme moins récidivistes que les extra-familiaux. La réitération des faits en intra-familial ne peut se limiter aux faits commis par une personne puisqu'il s'agit d'une histoire de groupe indifférencié et la réitération peut être agie par l'auteur lui-même en dehors de la famille et par les membres de la famille...

Évolution spontanée du phénomène (histoire naturelle)

C'est la question d'actes qui s'installent comme prévalents ou contingents dans l'économie psychique, à un moment de l'histoire du sujet ou contingents à une autre pathologie.

On sait que pour une partie, les actes débutent dans l'adolescence et vont pouvoir être répétés très fréquemment alors que dans d'autres configurations pathologiques et dans d'autres circonstances de vie, les actes ne se répèteront pas, ou très peu à des moments particuliers de la vie.

Évolution après interventions : traitements et prise en charge d'aide

On pourrait espérer qu'intervenant auprès d'actes prévalents assez tôt dans l'histoire, on puisse éviter l'installation de la répétition et que dans les actes contingents, le repérage des éléments de vulnérabilité permette le soutien dans les situations et l'évitement du recours à l'acte.

Les acteurs de la prise en charge

- Les juges de l'application des peines, JAP, dont l'intervention a un impact important, tant directement sur les auteurs que sur les équipes et les professionnels vis-à-vis desquels ils représentent la loi et une partie de l'organisation sociale souhaitée. Souvent pas assez disponibles du fait de leur surcharge de travail.
- Les SPIP et les CIP, service pénitentiaire d'insertion et de probation et les conseillers d'insertion et de probation, qui sont les professionnels sur lesquels repose le suivi socio-judiciaire.
- Les personnels soignants : médecins coordonnateurs, médecins traitants au sens de la loi, psychiatres d'exercice public et privé, équipes pluridisciplinaires de secteur.

Éditorial

La MNASM a été renouvelée le 4 février 2008 pour trois ans, et j'en suis le nouveau responsable.

La lettre de renouvellement est signée par trois directions (DHOS, DGS, DGAS) et le directeur de la CNSA. Cette décision témoigne de la reconnaissance de l'utilité du travail accompli pendant 14 années, sous la responsabilité de Gérard Massé, auquel je rends hommage, et consacre notre rôle de passeur d'idées et de soutien du changement : les équipes mobiles psychiatrie et précarité, la psychiatrie et les personnes âgées, le logement et l'hébergement des malades mentaux, la psychiatrie et le handicap, l'évaluation médico-économique en psychiatrie, la télépsychiatrie, les investissements, la territorialité et la santé mentale, la démographie médicale, la gouvernance, l'intervention de crise, sont quelques-unes des idées défendues avec conviction par la MNASM ; elles ont fait, ici même, l'objet de nombreux développements.

Par ailleurs, sous l'impulsion du plan psychiatrie et santé mentale, de nombreuses opérations d'investissement ont été entreprises, qu'il s'agisse de la relocalisation de tout ou partie d'hôpitaux spécialisés ou de la reconstruction d'établissements. Dans de nombreux cas, la MNASM a été sollicitée pour apporter son appui à des projets d'établissement qui soulevaient les questions de l'interdépendance entre l'hospitalisation, son implantation, son format, son organisation interne, et l'organisation de l'ambulatoire et des urgences d'une part, la question du handicap psychique et des hospitalisations inadéquates, d'autre part.

Vaste programme ! Cette lettre de renouvellement, le caractère symboliquement quadripartite de la signature en témoigne, insiste sur notre travail habituel d'intervention sur site et, en outre, sur l'articulation entre le champ de la psychiatrie et son environnement médico-social et social, auquel il nous est demandé de porter une particulière attention. Nous pensons que si cette question est portée et suivie avec le sérieux et le respect dû aux patients, elle constitue un levier pour améliorer la réponse aux personnes, diminuer la pression sur les lits hospitaliers et représente une opportunité de consolider les réponses ambulatoires. Tout ce qui ressemble pourtant à une quadrature du cercle.

Est important, en outre, le mot « appui », qui figure dans notre sigle et ne doit pas être perdu de vue. En 2008, avec le plan psychiatrie et santé mentale qui s'achève, qu'est-ce qu'appuyer la santé mentale ? Probablement pas laisser le traitement des malades mentaux sans politique continue, au gré des conséquences de faits divers, de l'instrumentalisation sécuritaire ou bien, pire encore, d'une indifférence au fil de l'eau. C'est au contraire repenser le service rendu aux patients et pas seulement le dispositif institutionnel - les structures - de la psychiatrie. Les deux sont-ils séparables ou doivent-ils être constamment confondus ? Il s'agit, entre autres, d'assumer complètement la part d'intersectorialité à laquelle nous pousse la logique de territoire de santé sans renoncer à l'organisation et à l'éthique de la réponse de proximité, mais sans sectorisme rigide, alibi de nombreux conservatismes. C'est également donner toute leur place aux usagers et aux familles dans les pratiques de routine, et pas seulement dans les conseils d'administration des hôpitaux. Cela consiste à réfléchir à la question des inégalités, à une articulation public/privé où la psychiatrie publique n'évolue pas comme la chirurgie, à l'impossibilité de séparer démographie médicale, métiers et formations, délégations de compétence.

Sur toutes ces questions, abordées notamment à partir du travail sur les sites, au plus près des équipes, des établissements et des planificateurs, la MNASM apportera son témoignage et sa contribution à travers son regard pluri-professionnel : cette vision peut être précieuse dans ces temps de reconstruction du paysage administratif français, dont la composante santé/social est particulièrement concernée.

Serge Kannas

Effacité des interventions (épidémiologie)

Difficile à dire : il faudrait des études avec des évaluations de départ des personnes et des situations, précisant les interventions de chaque type - juridique, sociale et sanitaire - pour commencer à connaître l'efficacité des mesures et des interventions.

Évaluer l'effectivité des mesures décidées serait une première étape.

Situation des prisons.

Inquiétante et disparate. On constate une amélioration de la formation des professionnels concernés de façon inégale sur le territoire.

La pression sur les services de soins complique les relations santé-justice longues à établir.

L'exercice sanitaire en milieu pénitentiaire est un exercice difficile mis à mal par plusieurs phénomènes, celui-ci y concourt.

En prison, les difficultés des articulations professionnelles sont caricaturales. Difficulté à construire des projets, des propositions personnalisées qui tiennent compte des avis possibles.

Le PEP, projet d'exécution de peine, projet pénitentiaire ancien, est peu mis en place ou parfois d'une façon peu partenariale.

Soulignons l'éloignement fréquent des établissements pour peine des lieux qui proposent des soignants motivés ou formés.

Deuxième question. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?

Quand, par qui et comment la psychiatrie est-elle interpellée ?

Quelles sont les modalités de ses interventions (thérapeutiques et aides) ?

Qu'est-ce que la psychiatrie sait faire ? Y a-t-il un consensus sur ces possibilités ?

- à partir de quelles organisations ?

- grâce à quelles formations ?

Qu'est-ce qui manque (détermination des rôles, objectifs finalisés, suivis assumés, etc.) ?

La psychiatrie est interpellée par le corps social par le biais de la justice, au moyen des obligations de soin et injonctions de soin. Au-delà du fait d'intervenir auprès de personnes en souffrance, présentant pour certaines des aménagements de personnalité ou des fonctionnements psychiques, la psychiatrie doit être présente comme elle l'a été dans l'expertise, pour se questionner sur la clinique, se donner les moyens d'être accessible à ceux qui n'ont pas leur pleine conscience. Et à poser des limites à ses interventions. Il ne s'agit pas de traiter tous les auteurs, mais d'accepter de les rencontrer pour pouvoir évaluer le besoin de soins et, si besoin, le mettre en place ou le proposer.

La justification de l'intervention ne se situe pas seulement dans le fait qu'il y ait dans certains cas des fonctionnements psychiques d'un modèle psychotique. La psychiatrie est concernée aussi en tant qu'acteur social au-delà de l'intervention individuelle, en tant qu'outil de réflexion, acteur de réseau social.

Modalités :

- accueil, rencontre, évaluation ;

- soins : entretiens, thérapie individuelle ou de groupe, prescription de traitements si besoin ;

- pratiques de réseaux avec les professionnels impliqués, SPIP..., PJJ, personnels des foyers d'hébergements.

Ce qui manque ?

Ce qui pourrait rendre « licites », « justifiées », les interventions proposées, expliquer que cela peut ressortir du domaine de la psychiatrie et ce qui en ressort ou pas : l'information sur les pathologies, les offres possibles de soin, les offres possibles d'intervention autres, le fait de construire un dialogue avec des acteurs de justice... et d'en avoir une reconnaissance et les moyens.

J'insiste sur la reconnaissance, car c'est un sujet où les menaces d'imputer les responsabilités à ceux qui seront intervenus (magistrats, travailleurs sociaux, médecins, soignants) est plus médiatisé que la validation d'actions...

Troisième question : En matière de traitements et d'interventions, qu'est-ce qui est établi ?

Quels sont les traitements qui « marchent » (que sait-on et que ne sait-on pas) ?

Qui marchent avec qui surtout ? Peu d'évaluations et de recherches sur les traitements et surtout sur les indications.

On répète que les thérapies de groupe sont préconisées : parce qu'elles sont plus aisées, permettent l'accès aux soins et pour certains un travail sur les aménagements défensifs, améliorant les habiletés sociales.

Le traitement anti-hormonal est efficace dans certains cas et les indications doivent être précisées. Il est sûrement sous-estimé du fait de positions idéologiques.

Existe-t-il un consensus sur les modalités de prise en charge et d'intervention ?

La conférence de consensus de 2001 reste valide, mettant en avant les psychothérapies, soulignant la place des thérapies de groupe et adjoignant une psychothérapie au traitement anti-androgène.

Quel est le rôle des expertises et la validité des diagnostics (dangerosité et récidive) ?

Rôle majeur des expertises qui sont le premier outil interprofessionnel, lues par les magistrats, les travailleurs sociaux, les soignants et souvent les justiciables. C'est sur l'expertise que s'appuie l'injonction de soins.

L'expertise détient-elle une vérité irréfutable à laquelle chacun doit se tenir et qui oblige les acteurs, ou l'expertise est-elle un avis éclairé et distancié qui permet d'articuler et autorise à innover à partir d'une situation décrite, analysée ?

À quels moments et dans quels contextes les interventions sont-elles les plus efficaces ?

Le plus tôt possible :

- dans la vie, d'où l'importance de réfléchir les interventions auprès des adolescents et jeunes adultes ;
- dans le parcours du « délinquant » : évaluation des primo-condamnés ou, lors de la deuxième condamnation, des moyens mis en place ;
- dans le déroulé de la condamnation : organiser une rencontre peu après la condamnation, en prison.

La coordination des intervenants est un contexte favorisant non seulement pour les intervenants mais surtout pour le justiciable qui le plus souvent se montre moins agouissé.

Comment collaborent en vue d'évaluation le psychiatrique et le judiciaire ?

Assez peu. Quand il y a coordination, c'est souvent le fait de liens interpersonnels qui se délient à la première mutation d'un des acteurs.

Le médecin coordonnateur est un des pivots de cette articulation : cette fonction nouvelle est diversement exercée dans la dimension d'articulation, transmission d'éléments nécessaires au suivi, évaluation. Une réflexion sur les éléments partageables et des réflexions sur les rôles de chacun sous-tendent cette articulation.

Quatrième question. Comment la psychiatrie et les psychiatres peuvent-ils répondre aux demandes nouvelles de collaboration qui leur sont faites ?

S'ils acceptent que c'est une de leurs missions, j'espère pouvoir leur faire confiance pour s'organiser pour y répondre...

Plus précisément, il s'agit d'une fonction d'articulation sociale qui fait partie de la pratique sectorielle telle qu'elle a été défendue par le service public. Cependant, les liens naturels avec le secteur judiciaire sont plutôt de l'ordre de la méfiance, de la concurrence sur la place dans l'organisation sociale (qui se veut de plus en plus « psy ») ou de l'exercice connexe, l'expertise n'étant pas intégrée comme une action de santé publique mais comme un acte privé que l'expert assume pour sa notoriété.

Plusieurs types de propositions :

1. Faire reconnaître l'expertise comme une action de santé publique ; l'intégrer dans la formation des psychiatres, support de validation, en faire un exercice reconnu dans le temps imparti aux psychiatres d'exercice public, voire proposer que dans chaque département, les hôpitaux qui s'organisent pour répondre à cette demande soient reconnus dans cette action et valorisés en tant que relevé d'activité : VAP et PMSI...
2. S'appuyer sur les centres ressources interrégionaux pour auteurs de violence sexuelle : pour la formation, la mise en place de travail de réseau, l'évaluation des ressources de soins, le développement des pratiques soignantes et l'évaluation qui en résulte. Faudra-t-il un jour des structures spécialisées, pour qui, dans quel cadre ? Cette question de la structure spécialisée ne doit pas être posée trop tôt.

Plus précisément, aujourd'hui, à la demande d'expertise de dangerosité des délinquants en fin de peine afin de prévenir la récidive ?

On ne peut limiter cette question à l'expertise comme on l'entend aujourd'hui.

Si c'est un savoir et le fait de participer à la décision, comment l'organiser ?

Une évaluation en amont de la sortie de prison pourrait être proposée, un à deux ans avant la sortie ou dans un délai permettant la mise en place si besoin de mesures, affectation dans un autre établissement pour préparer un projet de sortie...

L'évaluation doit se faire en partenariat et l'expertise psychiatrique être un des éléments de celle-ci.

André Ciavaldini¹

Psychologue clinicien-Psychanalyste (SPP-IPA)

Vice-président de l'ARTAAS

Directeur de recherches, Laboratoire de
Psychologie clinique et de Psychopathologie
Université René Descartes, Paris-5

Première question

1. Précision historique et épistémique

Avant de m'engager dans la description du phénomène lui-même, il est nécessaire de distinguer phénomène de violence sexuelle et délinquance.

L'appropriation d'un quelconque territoire par l'humanité naissante, s'est toujours accompagnée de modalités violentes. À ce titre, les violences sexuelles font parties du lot de ces violences inhérentes à l'Homme, où le corps d'un autre devient un territoire à conquérir. La culture humaine s'est ainsi développée sur la répression de la violence et de la sexualité (Freud, 1913², 1930³), autorisant la création de codes partageables fondant, quels qu'ils soient, des usages sociaux. Il s'agit avant tout de temporiser un phénomène de tout temps présent, celui d'un usage immodéré de l'autre humain pour lui donner le statut de *semblable*, en précisant que tous ne l'auront pas. C'est ainsi que naissent des codes identitaires. Vouloir circonscrire le champ de la pulsionalité humaine, instaurer des limites, fonder des codes pour les faire respecter suppose inéluctablement leur franchissement. Si donc le phénomène de violence sexuelle est consubstantiel à l'humanité, le franchissement des règles édictées par l'Homme pour la contenir ne l'est pas moins. Cependant, dans aucun territoire historique ou géographique, les codes ne sont les mêmes et le sens des franchissements ne sont identiques les uns aux autres. Georges Vigarello a remarquablement su nous montrer, dans son « Histoire du viol », la naissance du concept pénal de « viol » en nous indiquant que, de tous temps, il fut sévèrement condamné dans les textes mais, pendant longtemps, rarement puni par les hommes chargés d'appliquer la loi (Vigarello, 1998⁴).

C'est ainsi que la délinquance, même dans une culture donnée, la nôtre, n'est pas identique de tout temps et partout, cela d'autant plus que le terme est par lui-même récent. Il n'apparaît, dans la langue pénale, que dans le premier quart du XX^e siècle⁵ (1926). Cela permet de préciser que si la violence sexuelle est inhérente à l'Homme, la délinquance sexuelle est un concept juridique récent et qu'il faut prendre garde de ne pas rabattre le premier terme sur le second.

Précisons donc ce qu'est l'agression sexuelle comme acte délinquant au regard de la violence sexuelle et ce qu'elle n'est pas.

2. Définition de l'agression sexuelle comme acte délinquant

La violence sexuelle est un vaste ensemble dont toutes les facettes ne concernent pas directement le clinicien. En effet, certaines de ces violences sont exercées dans des cadres qui dépassent celui d'un soin potentiel à leur auteur en tant qu'elles sont intégrées à des phénomènes culturels,

rituels ou encore de guerre. Dans ces situations, l'acte de violence sexuelle est commandé par une dimension externe à son auteur. Aussi est-il nécessaire de ne retenir, dans le cadre de la question posée, que ce qui intéresse l'aspect médico-légal dans son exercice violent auprès d'un tiers et que l'on peut nommer « acte d'agression sexuelle » (ou de manière contemporaine : délinquance sexuelle). Contrairement aux premières situations évoquées, cet acte présente la particularité de se trouver principalement sous une commande interne à son auteur et répond à un mécanisme de « survie psychique » pour celui qui l'exerce.

L'agression sexuelle peut être considérée comme une situation de mise sous contrainte non justifiée d'un tiers, par un sujet, ou un groupe de sujets, portant atteinte à l'intégrité physique ou/et psychique de la personne, dans un but évident d'en tirer un bénéfice de type sexuel au seul profit du ou des agresseurs.

Cette définition recouvre les situations d'agressions et d'atteintes sexuelles, qu'elles soient simples ou aggravées, définies par le Code Pénal. Il s'agit des exhibitionnistes, des auteurs d'atteintes sexuelles de toutes sortes, dont le viol, contre des adultes ou des enfants (dont la pédophilie), mais aussi des auteurs de violences sexuelles intra-familiales (inceste), de viols conjugaux, de viols en série, de viols collectifs et encore de harcèlement sexuel.

2.1. Psychopathologie et violence sexuelle

Les auteurs de violences sexuelles ne forment pas une catégorie homogène tant sur le plan criminologique que psychopathologique. Il serait donc inadéquat de réduire ces sujets à leurs comportements ou à une notion de perversion.

Au plan des généralités, les auteurs de violences sexuelles présentent principalement des angoisses de type narcissique et d'adaptation. Leur anacitisme les rend dépendants d'un environnement dont ils se défendent mal et auquel ils cherchent à s'adapter. Ils n'ont pas pu organiser une capacité dépressive fonctionnelle. Les figures surmoïques relèvent d'un Moi-idéal cruel, plus que d'un Surmoi secondarisé, ce qui explique l'absence ou le peu de culpabilité rencontrée chez eux. La fragilité de la constitution de l'objet, son peu d'étayage interne et la présence de pensées suicidaires violentes peut faire redouter, chez certains d'entre eux, des conduites auto-mutilatrices et des passages à l'acte autolytique mélancoliforme.

On rencontre principalement chez ces justiciables, des organisations *border line*, voire des psychoses froides, pour le moins des configurations psychiques au narcissisme blessé et non suffisant pour assurer un développement fiable de leur subjectivité. La dimension psychopathique est peu présente chez ces sujets, sauf chez les auteurs de viols particulièrement sur sujets adultes.

3. Donnée épidémiologique

3.1. En France : fréquence des faits constatés

Sur le plan de la comptabilité judiciaire, les situations d'agressions sexuelles sont intégrées dans la catégorie des « Crimes et délits contre la personne ». Cette catégorie a connu une période de forte croissance dans notre pays (entre 1996 et 2004, + 40%). En 2004, la criminalité globale est constituée par 9 % d'atteintes aux mœurs dont un quart est constitué par les viols dont plus d'un cinquième sont commis par des mineurs (21,8 %)⁶. Les viols sur mineurs sont de loin les plus nombreux⁷. Par ailleurs, les auteurs de violences sexuelles forment le plus important contingent de sujets incarcérés (presque 25 %).

Enfin, la France occupait en 2005 le troisième rang mondial pour les viols derrière la Suède et la Belgique, avec un taux de 17,5 viols pour 100 000 habitants.

3.1.1. Les auteurs adultes

Les personnes mises en cause dans l'acte infractant sont principalement des hommes. La part des femmes dans les affaires de viols est de 2,4 %. Cette part augmente pour la classe des harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles (2,88 %) et culmine quand la victime est mineure (3,18 %).

3.1.2. Les auteurs mineurs

Les mineurs représentent 20,5 % des auteurs de viols quand la victime est un adulte et 29 % quand c'est un mineur. Lorsqu'il s'agit de harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles, si la victime est un adulte, l'agresseur dans 23,5 % des cas est un mineur ; si la victime est un mineur, l'agresseur est aussi un mineur dans 27,5 % des cas. Les auteurs sont, là encore, principalement des sujets masculins.

3.2. Taux de prévalence⁸ des agressions sexuelles

Selon l'Observatoire national de la délinquance, au cours de l'année 2005, 475 000 personnes disent avoir été victimes de violences sexuelles (1,3 % de la population des 18 à 60 ans). Dans les trois-quarts des cas, il s'agit de violences extra-familiales. On compterait 130 000 victimes d'un viol, 100 000 d'une tentative de viol et 245 000 d'autres violences sexuelles⁹.

3.2.1. En population adulte

En Europe, le taux moyen de prévalence des agressions sexuelles, tous types d'agressions confondus, semble proche de 12 % (Jaspard et col., 2000) pour les femmes et de 4,5 % pour les hommes. Les données fiables dans le monde (études nord-américaines et canadiennes) donnent des chiffres sensiblement identiques.

3.2.2. En population infanto-juvénile

Selon l'Office décentralisé de l'action sanitaire et sociale (ODASS), les abus sexuels sur enfant (environ 5 500 déclarations annuelles) représentent un tiers des cas de maltraitance, avec la répartition suivante :

Répartition des mauvais traitements sexuels

(source SNATEM)¹⁰

Climat équivoque	25 %
Attouchement	50 %
Viol	25 %
Total	100 %

La maltraitance sexuelle se rencontre aussi en milieu scolaire selon des modalités différentes en fonction de l'âge (SNATEM, 2001)¹¹

	Maternelle	Primaire	Collège	Lycée
Climat équivoque	3 %	6 %	1,5 %	0 %
Attouchements	19,4 %	23,9 %	14,9 %	3 %
Viols	11,90 %	7,5 %	7,5 %	1,5 %

3.2.3. Dans le milieu familial (situation d'inceste)

En France, les cas d'inceste constituent 20 % des procès d'Assises, ils représentent 75 % des situations d'agressions sexuelles sur enfants (Source SNATEM) et plus de 57 % des viols sur mineurs (Source CFCV)¹².

3.3. Taux d'incidence¹³ des abus sexuels

Le taux d'incidence des agressions sexuelles pendant l'enfance, calculé en population générale sur un an semble être compris, si l'on considère les cas avérés et suspectés, entre 1 et 1,2 enfant agressé pour mille et cela pour l'ensemble des pays d'Europe.

3.3.1. Taux d'incidence des situations spécifiques

• Violences sexuelles conjugales

Les « Viols et autres pratiques imposées en couple », sur une période rétrospective d'un an, est de 0,9 % des sujets féminins vivant en couple (Jaspard et col., 2000).

• Le harcèlement sexuel

On compte actuellement 1,9 % des femmes qui ont subi des avances et des agressions sexuelles dans un cadre professionnel et une fois sur cinq il s'agissait d'un supérieur hiérarchique.

• Violences sexuelles sur personnes âgées et sur personnes handicapées

Un peu plus de 2 % des femmes ménopausées de plus de cinquante ans ont fait l'objet d'une agression sexuelle. Le viol de la femme de grand âge n'est pas un phénomène exceptionnel. Il en précède souvent le meurtre (Hugonot, 1990).

Un tiers des femmes handicapées révèlent avoir été agressées sexuellement. L'agresseur est principalement une personne appartenant au réseau d'assistance ou un soignant. Néanmoins, en population handicapée, et contrairement à celle générale, ce sont les garçons qui sont le plus fréquemment victimes.

• Violences sexuelles collectives

Depuis une dizaine d'années, les chiffres de la police et de la gendarmerie enregistrent une augmentation des viols collectifs (viols en réunion) de la part de jeunes adolescents (phénomène dit des « tournantes »). S'il est difficile d'en approcher un chiffre réel, par extrapolation des données judiciaires on pouvait compter en 2003 environ 600 cas par an.

• La violence sexuelle des professionnels

Trois catégories de professionnels enregistrent des dépôts de plaintes pour violences sexuelles. Ce sont, par ordre décroissant d'importance, les enseignants-éducateurs-animateurs, les ministres du culte et les professions de santé.

4. Histoire naturelle de la prise en charge

Il est particulièrement difficile de préciser le taux d'épuisement naturel du phénomène. Tout ce que nous pouvons juger, c'est de son omniprésence au décours de l'histoire dans les diverses sociétés humaines, preuve, s'il en faut, que le phénomène naturellement ne connaît pas d'extinction. Spontanément, pour des raisons cliniques (l'acte de violence sexuelle est reconnu être, pour ceux qui l'exercent, quelle que soit l'excitation provoquée ou la violence mise en œuvre, un acte de survie psychique), on serait tenté de dire que le phénomène connaît un taux d'extinction naturel relativement faible, cela d'autant plus que l'impact traumatique fort que présente ce type de violence engendre le plus souvent une rémanence transgénérationnelle importante. Pour autant, si l'on prend comme indicateur le taux des récidives (sans entrer dans la discussion juridique très pointue de la distinction entre récidive, récidive à l'identique, réitération), il convient de remarquer que la délinquance sexuelle connaît le plus faible taux de récidive.

4.1. Évolution après intervention

Ainsi, la violence sexuelle, compte tenu de son impact traumatique, présente une tendance à se redoubler et cela souvent à l'insu de ceux qui la mettent en œuvre ; pour autant, la présence d'une butée judiciaire semble atténuer fortement sa réitération. Par ailleurs, l'étude financée par la Direction générale de la santé entre 1993 et 1996, sur 18 sites intracarcéraux, a montré que, spontanément, seuls 14 % des sujets incarcérés pour violences sexuelles étaient demandeurs de soins psychiques. Une fois mises en place des procédures d'aménagements de la relation thérapeutique, le taux de demande de soin était de un sur deux¹⁴.

L'ensemble des expériences cliniques et d'accompagnement de ces sujets montre à l'évidence qu'un accompagnement social et inséré leur permet une évidente sécurisation de leurs comportements délinquants et cela pour leur très grande majorité (d'où le taux relativement bas des récidives, au regard du taux général des sortants d'incarcération). Il semble que pour eux, c'est souvent la première fois qu'ils sont entendus dans leur détresse psychique et qu'il leur soit proposé un cadre qui tienne et résiste à leur angoisse d'effondrement interne, d'où l'intérêt de l'appui du thérapeute sur un cadre judiciaire qui ne puisse pas se dérober au sujet.

5. Les acteurs de la prise en charge

La prise en charge de ces sujets est protéiforme, elle est tenue par plusieurs « bouts ». Trois types d'institutions vont intervenir dans leurs prises en charge : justice, santé et travailleurs du social. En effet, compte tenu de l'organisation psychique de ces sujets, il est nécessaire que l'on comprenne leurs prises en charge thérapeutique comme une alliance entre ces trois champs qui devront devenir intercontenants les uns des autres pour atteindre à une réelle efficacité de la thérapeutique¹⁵.

Pour comprendre cette dimension, il est nécessaire de repérer les différents temps et espaces judiciaires où se feront le contrôle, l'accompagnement et le suivi thérapeutique de ces justiciables.

De manière globale, on identifie quatre temps judiciaires : (1) la période pré-sentencielle qui couvre le temps avant le procès (instruction et procès) et la période post-sentencielle qui correspond, après le jugement, à (2) l'éventuelle incarcération, à (3) la sortie de prison et à (4) la période réinsertive. Les deux espaces différents de suivi sont : le milieu libre ou ouvert et le milieu fermé, intracarcéral, que le sujet soit en période pré ou post-sentencielle.

Le soin peut être imposé au justiciable par quatre grands recours judiciaires :

1. par voie d'obligation, dès la période pré-sentencielle par le juge d'instruction ;
2. après le jugement par la mesure de « sursis mise à l'épreuve » (SME) comportant une obligation de soin ;
3. comme « injonction de soin » prononcée dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire (loi du 17 juin 1998 modifiée) ;
4. par voie d'obligation ou d'injonction prononcée par le juge de l'application des peines en sortie d'incarcération si aucune mesure n'avait été prévue au procès ou si l'expertise de libération y invite le magistrat.

Sauf pour l'instruction, la mesure d'obligation ou d'injonction de soins est sous l'avis de l'expert psychiatre dans la réponse qu'il fait dans son expertise. Cependant, le juge n'est pas lié par celle-ci dans sa décision.

Je prendrai comme exemple détaillé le cas le plus complexe, qui requiert le plus d'intervenants, celui de l'injonction de soin prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

5.1. Le suivi socio-judiciaire

Le prononcé d'un suivi socio-judiciaire (SSJ) peut comporter une injonction de soins sur avis d'un ou de deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol. Ce suivi peut aller de dix ans pour un délit à vingt ans pour un crime, à trente ans si le sujet a été condamné à trente ans de réclusion criminelle et, s'il a été condamné à perpétuité, la mesure s'applique sans limitation de durée. En cas d'inobservation de ces mesures de surveillance, le condamné encoure une peine de trois ans de réclusion s'il s'agit d'un délit et de sept ans si c'est un crime.

Pendant le temps de l'incarcération, il ne saurait y avoir actuellement d'injonction aux soins. Cependant, pendant celui-ci, il y a une incitation aux soins renouvelée au moins une fois tous les six mois. Incitation très ferme, puisqu'elle ouvre l'accès aux mesures de réductions de peine.

L'injonction de soins n'entre en vigueur qu'à partir du jour où la peine privative de liberté prend fin.

5.1.1. Le rôle du médecin coordonnateur¹⁶

Le médecin coordonnateur, interface entre la sphère judiciaire et celle de la santé, informe le probationnaire-patient du fonctionnement de l'injonction de soin. Il invite le condamné à rencontrer, éventuellement à le conseiller dans le choix d'un praticien traitant qui peut être soit médecin, soit psychologue et, si nécessaire, de refuser un praticien qui n'aurait pas les compétences requises pour un tel suivi. Une fois le suivi engagé, il peut, à la demande du praticien traitant, lui transmettre les pièces du dossier et le conseiller si besoin est. Il transmet au JAP, ou à l'agent de probation, les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soin. Le plus généralement, il s'agit d'un rapport annuel établi sur la tenue du suivi, après rencontre du probationnaire-patient. Au terme légal de la période injonctive de soin et en accord avec le praticien traitant, il informe le sujet, libéré de ses obligations, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle judiciaire.

5.1.2. Le rôle du praticien traitant (médecin ou psychologue)

Le praticien traitant est libre des actions thérapeutiques et de ses modalités de mise en œuvre. La délivrance des attestations de suivi relève de sa compétence. Il est habilité, sans que lui soit opposé la clause du secret professionnel, à informer les autorités judiciaires en cas d'interruption de traitement ou de risque « avéré » de récidive. Il doit en ce cas en informer le médecin coordonnateur. Le praticien traitant peut en outre proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise.

5.1.3. Le rôle des autres intervenants

Tout au long de son parcours judiciaire le sujet va être accompagné par des intervenants encadrant le respect nécessaire des obligations qui lui seront faites, soit en pré-sentenciel soit en post-sentenciel. Ce sont principalement, dans la période pré-sentencielle, des associations sous contrat ayant mission de *contrôle judiciaire*, soit pour les mineurs la *Protection judiciaire de la jeunesse*, en période post-sentencielle, il s'agit du *Service pénitentiaire d'insertion et de probation* dont la mission est d'abord une aide à l'insertion et un contrôle des obligations légales faites au probationnaire.

5.2. Récapitulatif des acteurs de la prise en charge

- Les acteurs de la justice, particulièrement les JAP ;
- Les personnels des équipes de santé intra-carcérales (SMPR, UCSA) ;
- Les personnels de santé extra-carcéraux, qu'ils soient libéraux en ce qui concerne les médecins psychiatres et les psychologues, ou l'ensemble des personnels soignants qui exercent dans le cadre d'équipes de santé de secteur psychiatrique ou dans un cadre associatif sous une responsabilité médicale ;
- Les personnels de l'encadrement socio-éducatif :
 - pour les mineurs la PJJ ;
 - pour les majeurs, particulièrement les travailleurs des SPIP (Conseillers d'insertion et de probation) ;
 - plus généralement, tous les intervenants de ce champ qui sont amenés à entrer en contact d'aide, d'appui ou de contrôle de ces justiciables.

6. Efficacité des interventions

Ce point a été évoqué dans le cadre de l'évolution après intervention quant aux justiciables. Les interventions thérapeutiques, lorsqu'elles respectent certaines procédures induisant fiabilité et de prédictivité du cadre de soins entraînent un effet de *holding* psychique très favorable à une meilleure subjectivation des excitations. Elles réduisent notablement les risques de répliation des conduites délinquantes sans qu'il y ait actuellement d'évaluation de l'efficacité des traitements. Dans notre centre, prenant en charge des AVS depuis plus de quinze ans, le taux de répliation des actes délinquant est quasiment nul une fois les sujets inclus dans un programme de soin et s'y tenant. Ce dernier point semble relativement partagé par l'ensemble des intervenants thérapeutes auprès de ces sujets.

7. Situation dans les prisons

Actuellement, les AVS judiciarisés représentent environ 25 % de l'ensemble des détenus. Avec des variations selon les établissements de détention, puisque certains se voient spécifiquement affectés les auteurs de violences sexuelles qui peuvent représenter alors la cohorte majoritaire des détenus.

Les travaux cliniques indiquent qu'il est particulièrement intéressant sur le plan thérapeutique de proposer des soins rapidement après le début de l'incarcération, afin de profiter, une fois le choc incarcératif passé, du réaménagement ouvert précisément par ce choc carcéral et qui fonctionne comme une sorte de « fenêtre » dans des défenses psychiques souvent particulièrement rigides.

Malheureusement, les difficultés économiques actuelles ne permettent souvent plus ce type d'intervention précoce. Un tel état de fait devient très péjorant quant au soin psychique de ces sujets et met en péril la fragile prise en charge que leur organisation mentale autorise.

Deuxième question

La psychiatrie en tant que discipline médicale spécialement dédiée à l'étude, au diagnostic et aux traitements des troubles mentaux, a très tôt été interpellée par la question des violences sexuelles. Dès le début du XIX^e siècle les psychiatres font leur entrée dans les prétoires avec le développement des expertises médico-légales. Si le psychiatre intervient dans une première phase historique comme éclairant le juge sur la victime, les dommages qu'elle a subis et sur la véracité des faits, rapidement il s'agira de comprendre ce qui fait le soubassement de l'acte¹⁷ afin de juger, au-delà

de l'imputabilité du fait à l'auteur, de sa mise en responsabilité. C'est ici le ressort de l'ancien article 64, devenu l'article L 122-1, qui précise dans son premier alinéa le principe d'irresponsabilité et dans son second alinéa celui d'une responsabilité atténuée. Le psychiatre se trouve être ainsi au croisement tout à la fois de l'expertise en responsabilité, d'une évaluation de la dangerosité (pas seulement celle de type psychiatrique, avec une extrême ambiguïté quant à ce type d'expertise), d'une interface entre la justice et le soin (rôle du médecin-coordonnateur en cas de suivi socio-judiciaire) et du praticien traitant. Multiplicité des rôles qui n'est pas sans poser question au temps d'une démographie médicale en forte régression. Il convient de rappeler qu'en matière de soins pénalement obligés, les psychologues sont considérés comme praticiens traitant au même titre que les médecins dès lors qu'il s'agit d'une prise en charge de type psychothérapeutique.

1. Quand, par qui et comment la psychiatrie est-elle interpellée ?

La psychiatrie est un terme qu'il conviendrait de définir et qui, faute de définition, recouvre un champ très vaste. S'agit-il des médecins psychiatres ? des équipes intra-hospitalières, intra-carcérales, de CMP, des praticiens experts, des médecins coordonnateurs ? Des multiples intervenants au titre de ce que l'on nomme « la psychiatrie » que sont les infirmiers, les psychologues, etc. ? Cela indique combien « la psychiatrie » est interpellée en de nombreux temps et lieux qui sont loin d'être tous judiciaires. Que l'on songe, à titre d'exemple, au travail de prévention nécessaire, permettant en pédopsychiatrie un diagnostic précoce de certains troubles de l'enfance ou de l'adolescence qui peuvent parfois faire ressentir chez le sujet des risques de passage à l'acte violents.

« La psychiatrie » se révèle ainsi pouvoir être sollicitée très en amont d'un acte judiciarisé qui apparaîtra comme un échec souvent de multiples signes que nul n'a repéré comme étant signifiants.

Si l'on s'en tient au principe d'un acte judiciarisé, « la psychiatrie » est interpellée à tous les échelons de la procédure, dans les différents lieux et temps judiciaires, lors :

1. des expertises :
 - a. en pré-sentencielle permettant d'évaluer l'état de responsabilité du sujet, voire de dangerosité et d'évaluer une éventuelle accessibilité aux soins ;
 - b. en post-sentencielle dans le cas des expertises de pré-libération permettant d'apprécier l'évolution du patient, son éventuelle dangerosité et son accessibilité aux soins ;
2. des prises en charge thérapeutiques :
 - a. dans le cadre des obligations qui seront imposées au sujet en pré-sentenciel :
 - i. praticien traitant (médecin ou psychologue, libéral ou équipe hospitalière) ;
 - b. dans le cadre des obligations ou injonctions pénale de soins qui seront prononcées lors du jugement ou à la sortie de sa peine à temps par le JAP.
 - i. Dans le milieu fermé, en prison, par le biais des équipes de soins (SMPR, UCSA...) ;
 - ii. Dans le milieu ouvert :
 01. rencontre du médecin coordonnateur ;
 02. praticien traitant (médecin ou psychologue, libéral ou équipe hospitalière).

2. Quelles sont les modalités de ses interventions (thérapeutiques et aides) ?

Il est important de différencier les interventions dont le but sera de maintenir une insertion sociale, professionnelle, voire familiale suffisante du sujet, des interventions qui sont directement liées au soin psychique. Les premières sont celles, générales, que requiert tout patient tant il est vrai qu'il est difficile de mettre en place un soin psychique et d'en rechercher l'adhésion du sujet si l'on ne s'est pas assuré que celui à qui l'on s'adresse dispose d'un minimum vital.

Je traite ci-après succinctement des diverses modalités de traitements. On peut distinguer trois grandes modalités de traitements des AVS.

2.1. Les traitements psychothérapeutiques

Dans le cadre de notre culture des soins, il s'agit principalement des thérapies d'approche psychodynamique. L'accent est mis plus sur le processus psychique que sur une modification correctrice des conduites. L'acte violent sexuel est considéré comme un mécanisme de survie psychique face à une menace identitaire narcissique engendrée par l'émergence d'excitations non contrôlables. Le but du travail est de permettre, à terme, un réaménagement des systèmes défensifs autorisant un abandon des conduites de décharges violentes. Dans ce type de thérapie, la capacité du thérapeute à contenir les effets désorganisateur de la rencontre est mise au premier plan. Aussi, il est recommandé de toujours référer le travail entrepris à d'autres, que ce soit une équipe soignante, un groupe de collègues, une supervision¹⁸.

Les prises en charges individuelles peuvent être largement proposées. Il convient souvent, au moins en début de traitement, de soutenir le patient dans son élaboration. Le silence sera proscrit au profit d'interventions actives « aidantes » guidant le patient dans son élaboration.

Un abord groupal est conseillé lorsque le sujet présente une piètre maîtrise de la verbalisation, peu de tolérance à l'anxiété, peu de culpabilité, une notion d'altérité mal limitée ainsi qu'une faible motivation au traitement.

Avec des sujets présentant un fonctionnement de type opératoire, l'abord corporel (relaxation non découverte, en individuelle ou en groupe) est un complément thérapeutique intéressant.

La thérapie familiale peut-être un appoint important en cas d'inceste quand on peut réunir au moins deux générations.

2.2. Les techniques cognitivo-comportementales

Elles vont viser des objectifs précis. Les principaux sont : le fait de se sentir plus concerné, d'apprendre à refuser certaines évidences ou croyances concernant la victime, la prise de conscience de son excitation sexuelle, l'amélioration de la reconnaissance d'autrui, la prise de conscience des distorsions affectives en matière de sexualité, l'identification des situations affectives favorisant le passage à l'acte. Ces objectifs correspondent tous à des protocoles de soins évalués. Compte tenu de leur spécificité et de leur ciblage adaptatif, ces techniques peuvent être utilisées en appoint d'un travail thérapeutique tel qu'évoquées dans le paragraphe précédent.

2.3. Les traitements chimiothérapeutiques

Anti-androgènes. D'action spécifiquement symptomatique, certaines substances connaissent maintenant une AMM spécifique. Elles sont destinées aux sujets qui craignent de ne pas maîtriser leurs désirs et leur pulsionnalité

sexuelle. Ces prescriptions ne doivent être faites qu'associées à un accompagnement psychologique ou une psychothérapie. L'apaisement biologique qu'ils induisent constitue un climat favorable à l'engagement de celle-ci. Les destinataires principaux de telles prescriptions sont les hommes pédophiles multirécidivistes, particulièrement ceux d'orientation homosexuelle, ainsi que les pédophiles profondément immatures ou déficients intellectuels (Cordier, 2000). Cependant, ces traitements ne sont pas sans effets secondaires qui doivent être appréciés avant la prescription et entraîner une surveillance, en particulier en ce qui concerne la déminéralisation osseuse.

Les psychotropes. Seuls les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) semblent avoir un effet favorable, tant dans l'exhibitionnisme que dans certaines pédophilies.

3. Qu'est ce que la psychiatrie sait faire ? Y a-t-il un consensus sur ces possibilités ?

Le déploiement de la psychiatrie de secteur depuis plus d'un quart de siècle a développé des savoir-faire en matière d'accompagnement social et de soins psychiques ambulatoires. La question n'est donc pas tant celle des savoir-faire que de la connaissance des personnes à qui ces accompagnements et ces soins s'adressent. Il est toujours étonnant d'entendre que ces sujets AVS, lorsqu'ils arrivent dans notre centre, ont parfois sollicité plusieurs psychiatres ou CMP qui n'ont pas pu (et il faut le dire, assez souvent, pas voulu¹⁹) assurer la prise en charge. Ces sujets font en effet l'objet de nombreuses représentations défavorables qui péjorent d'emblée les prises en charge. La moindre n'étant pas celle de la dénomination de « pervers ».

La très grande majorité des AVS est accessible aux soins sous certaines conditions que j'ai ébauchées plus haut. Malheureusement, ces aménagements de traitements sont encore mal connus, soit parce que la formation initiale ne les prend pas encore en compte, soit parce que, principalement, ces sujets ne relèvent pas de traitement chimiothérapeutique et donc les modalités de prises en charge sont peu diffusées par les voies de formation continue commerciales (laboratoires par exemple).

Cependant, il existe deux types de formation qui permettent d'avoir un accès aux procédures techniques du soin aux AVS :

1. Une formation universitaire initiale à destination des psychologues²⁰ qui leur permet une approche spécifique de ces sujets :
 - a. en psychocriminologie de niveau de master 2 professionnalisant dans certaines facultés (par exemple Rennes 2) ;
 - b. certaines autres universités, possédant des laboratoires plus centrés sur l'étude des violences, ont une sensibilité fléchée sur ces questions (par exemple Laboratoire de Psychologie clinique et de Psychopathologie de Paris V ou encore Lyon 2).
2. Une formation universitaire continue diplômante :
 - c. par le biais des DU (par exemple, celui de l'Université de Paris 5 dirigé par le Dr S. Baron-Laforêt ou à Poitiers celui dirigé par le Pr J.-L. Senon, celui de Lyon en préparation) ;
 - d. une formation continue spécifique prise en charge par le ministère de la Santé ;
 - i. depuis les années 2000, le ministère de la Santé (DGS), préoccupé par le peu de formation assurée soit aux professionnels désireux par exemple de devenir médecin coordonnateur, soit plus largement aux équipes de soins voulant développer des dispositifs adaptés à la prise en charge des AVS, a mandaté l'Association pour

la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (ARTAAS) afin d'organiser, sur le territoire national, des formations. Celles-ci ont lieu chaque année dans chaque région de France et donnent lieu à des échanges féconds entre les divers professionnels qui souhaitent s'engager dans ce type de prises en charge. De telles formations sensibilisent entre autres les praticiens psychiatres à l'exercice de la fonction de médecins coordonnateurs.

Par ailleurs, l'ARTAAS, qui s'est développé à la suite de l'étude financée par la DGS entre 1993 et 1996 et qui regroupe quelque 300 professionnels exerçant auprès d'AVS, est organisée en réseaux régionaux qui développent dans chaque région des conférences, des groupes d'échange clinique qui participent à la formation continue des intervenants qui y collaborent.

Enfin dans la mise en place des formations, il faut citer l'impact majeur que devront avoir les Centres de ressources interrégionaux d'aide aux traitements des AVS (CRIAAVS) dont les trois missions principales sont :

1. assurer la formation continue des équipes en place ;
2. stimuler le développement de la formation initiale ;
3. assurer le développement et le pilotage des Réseaux Santé-Justice.

La question d'un manque se situe principalement dans un « trop ». Trop d'images sociales, trop de représentations erronées sont attachées à ces sujets qui, jusqu'à il y a peu, étaient très mal connus de la « psychiatrie » et considérés comme inaccessibles aux soins. Sujet concentrant le rejet, par exemple le pédophile est paré de tout le poids de l'horreur sociale, nouveau monstre jeté à la face du monde via des médias gourmands de friandises excitant leur impact de vente.

Par voie de conséquence de ces carences formatives, un autre écueil est à prendre en compte, c'est une formation insuffisante des experts.

Troisième et quatrième question

Traiter la violence sexuelle, c'est la comprendre, pour celui qui l'exerce, comme étant un acte de survie psychique. Elle est avant tout le produit d'une histoire qui a commencé tôt dans la vie du sujet. Il n'y a aucun profil-type d'AVS, par contre, nous rencontrons toujours des constantes chez ces sujets et l'une des plus importantes est le milieu éducatif primaire (familial) très souvent carencé, sans intervention du niveau social, entraînant la construction d'un narcissisme défaillant à pouvoir assurer la continuité de l'identité du sujet. Le travail thérapeutique sera d'abord et avant tout autre action, une fois la préservation des citoyens assurée, si nécessaire par voie de contentation judiciaire, de développer un « environnement favorable » aux soins, un cadre fiable et suffisamment malléable pour que le sujet AVS puisse se l'approprier. En effet, ces sujets ont de tout temps connu des cadres environnementaux non fiables et non contenant. C'est pour cette raison que le travail pluridisciplinaire est si important dans le suivi de ces sujets (travail de liaison entre sphère judiciaire, de santé et d'insertion sociale).

Dans ces conditions favorables, beaucoup de traitements « marchent ». Ce que l'on ne sait pas est immense, mais ce que l'on sait, c'est qu'avec ces sujets, plus le suivi sera lâche (rencontres trop espacées, trop courtes), plus la prise en charge sera coûteuse et inefficace. Ces sujets ont un besoin important d'être tenus et contenus. Le problème reste qu'une évaluation raisonnée et congruente aux théorisations de compréhension des agirs violents sexuels fait actuellement défaut. Ce qui devrait

être un axe prioritaire d'une politique de prise en charge thérapeutique de ces sujets.

Les expertises en dangerosité et donc en potentialité de récidive ne relèvent pas strictement de l'expert psychiatre (recommandation de l'Audition publique organisée par la HAS début 2007), mais tout au plus d'un collègue où collaboreraient différents professionnels (psychologues, psychiatres, psychocriminologues, sociologues, etc.). En effet, actuellement les diverses techniques permettant d'évaluer la dangerosité sont principalement basées sur des travaux actuariels, même si les plus récents incluent des indices de clinique immédiate permettant d'appréhender un danger à court terme, les risques de faux positifs pèsent lourdement ce type de pratique.

Ce dernier point est particulièrement sensible dans les débats actuels qui voudraient prévoir au travers d'une expertise de dangerosité, les potentiels des sujets sortants (cf. l'affaire Évrard). Si une telle expertise relève encore, en partie, de la « boule de cristal », une démarche évaluative pourrait exister. Elle devrait se réaliser en trois temps :

1. une audition de l'équipe médicale ayant le plus récemment suivi le sujet ;
2. une évaluation psycho-criminologique de la dangerosité sur la base des outils existant actuellement et étalonnés sur une population française (il n'y en a pas...);
3. une évaluation psychiatrique/psychologique de l'évolution psychique du sujet au cours de son incarcération ;
4. une évaluation des potentiels d'encadrement, médico-socio-insertif à la sortie dans son lieu de résidence.

Ce n'est qu'après ce type de démarche, qui est un réquisit minimal, qu'une confrontation de ces informations peut advenir et alors envisager la possibilité d'une sortie en fonction des différents acteurs de terrain. En effet, la dangerosité n'est pas une donnée en soi. C'est la combinaison d'un certain nombre d'éléments qui feront que l'encadrement à la sortie d'incarcération sera suffisant ou défaillant, et cela pour le même sujet. Dans le premier cas, les risques sont minimisés, dans le second cas, ils sont maximisés. Tout autre démarche est une illusion.

Une urgence : la question des psychologues-coordonnateurs

Enfin, il est un point qui n'est que peu relevé : la majorité des AVS ne nécessitent aucun traitement médicamenteux spécifique. Si le sujet AVS relève d'un soin psychique, il va donc de soi que le travail thérapeutique peut être effectué par un psychologue. Ces derniers professionnels offrent une disponibilité beaucoup plus grande.

Cela amène à une importante réflexion : notre système de soin n'est peut-être pas le meilleur en matière de suivi des AVS sous mesure pénale de soin. En effet, le dispositif ne s'appuie principalement que sur des médecins coordonnateurs, ces derniers sont difficiles à trouver tant le système de psychiatrie français est sinistré. Il serait infiniment plus efficace de penser à une modification, par voie de circulaire, pour que des psychologues coordonnateurs puissent trouver leur place dans le réseau des prises en charges. Plus disponibles, les psychologues étofferaient rapidement le maillage du réseau, plus spécialisés, du fait même de leurs formations universitaires dans les logiques de groupe et de réseaux, ceux-ci seraient plus à même de gérer des systèmes d'accompagnement que nécessitent la majorité des AVS judiciarisés qui, pour une grande part, ne relèvent pas directement d'un traitement médical. Si un traitement médical était nécessité, un psychologue est tout à fait apte pour adresser alors le sujet auprès d'un médecin psychiatre prescripteur.

Un tel dispositif multiplierait rapidement les potentialités d'articulations et permettrait une optimisation des mesures de soins pénalement obligés qui actuellement se heurtent à la carence de personnel médical.

Notes

1. PARI : Centre de recherches et de traitements psychanalytiques du CH de Saint-Égrève. 3, chemin des Marronniers, 38100 Grenoble.
2. Freud S. (1913), « Totem et tabou » in *Œuvres Complètes-Psychanalyse (OC-P)*.
3. Freud S. (1930), « Le malaise dans la culture » in *OC-P*.
4. Vigarello G. (1998), *Histoire du viol*, Paris, Éd. du Seuil, 357 p.
5. Article « Délinquance », Dictionnaire *Le petit Robert*, 1970.
6. Ministère de l'Intérieur (2006), *Aspects de la criminalité et de la délinquance constatée en France en 2005*. Paris, La documentation française, tome 1.
7. Ministère de l'Intérieur (2006), *Les atteintes volontaires à l'intégrité physique en 2005*, INHES, rapport 2006 de l'OND, pp. 38-53.
8. On appelle « taux de prévalence », le nombre total de cas pendant une période donnée rapportée à la population moyenne pendant cette période.
9. Observatoire national de la délinquance (2007) : « L'enquête de victimation 2007, synthèse », nov. 2007, 4 pages.
10. SNATEM = Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraité.
11. Les taux sont calculés en pourcentage des appels pour violences sexuelles en milieu scolaire dont l'auteur est un mineur.
12. Collectif français contre le viol.
13. On appelle taux d'incidence, le pourcentage de sujet nouvellement atteints pendant une période déterminée dans une population définie.
14. Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M. (1996), *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, Direction Générale de la Santé, 269 p.
15. Ciavaldini A. (2001), « La famille de l'agresseur sexuel : conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », *Le divan familial*, 6/2001, pp. 25-34.
16. Ciavaldini A. (2007), « Transversalité et pluridisciplinarité, une nécessité dans la prise en charge des AVS », CIFAS, septembre 2007.
17. Il est défini par le titre IX créé dans le cadre du livre III du code de la santé publique, rédigé sous le titre « Du suivi socio-judiciaire ».
18. Arveiller J. (1998), « Pédophilie et psychiatrie », *L'évolution psychiatrique*, 63, 1-2, pp. 11-34.
19. Les Centres Ressources sont ici des appuis importants. Voir *infra*.
20. Au travers de délais décourageant, de plusieurs mois par exemple pour une première consultation, alors même que ces sujets sont astreints à fournir des justificatifs de soins au regard des obligations qui leur sont faites.
21. En règle générale, les psychologues ont dans leur formation de base une formation initiale pointue dans diverses techniques psychothérapeutiques qui leur permettent une approche spécifique du soin de ces sujets.

Bernard Cordier

Chef de service psychiatrie

Hôpital Foch-Suresnes

Première question. Le phénomène lui-même.

Les infractions à caractère sexuel sont un enjeu de santé publique dans deux circonstances :

- l'auteur de l'infraction sexuelle (IS) est atteint de paraphilies et/ou de troubles de la personnalité et/ou de maladie mentale ;
- la victime nécessite des soins psychiatriques.

Pour les auteurs d'IS, il faut distinguer :

- le champ pénal qui couvre seulement ce qui est interdit par la loi en vigueur ; en matière sexuelle, il s'agit de comportements susceptibles de troubler l'ordre public ou de porter atteinte à la liberté d'autrui, adulte non consentant ou mineur inapte à consentir ;
- le champ clinique plus étendu que le champ pénal, qui s'intéresse à ce qui est considéré comme pathologique. Tout auteur d'une infraction sexuelle n'est pas obligatoirement atteint de troubles psychosexuels. À l'inverse, un grand nombre d'individus atteints de tels troubles n'ont pas commis et ne commettront pas d'infractions sexuelles.

L'histoire des liens entre la médecine et les troubles psychosexuels (à l'exception de l'impuissance) comporte plusieurs étapes :

- au XIX^e siècle :
 - approche médico-légale : Tardieu en France, Kraft-Ebing en Allemagne ;
 - approche psychiatrique par les grands aliénistes : Esquirol, Gall, Marc, Lasègue, Binet.
- aux XIX^e-XX^e siècles :
 - approche psychanalytique.
- XX^e siècle :
 - sexologie ; endocrinologie ; imagerie neurofonctionnelle.
- le 22 novembre 2001 : première conférence de consensus sur « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ».

En ce qui concerne la pédophilie, elle a toujours existé, elle est décrite par Kraft-Ebing en 1880 mais, à partir des années 1990, l'idée de réseaux a fait réagir les médias, puis les pouvoirs publics. Notre société décide de se donner les moyens de protéger les mineurs, ils sont écoutés, les institutions intouchables (Éducation nationale, Église catholique...) sont dénoncées et la psychiatrie est interpellée, la justice reconnaissant son impuissance : la loi Méhaignerie du 1^{er} février 1994 alourdit considérablement les peines (30 ans incompressibles) et associe (comme ce fut le cas en 1954 pour les alcooliques dangereux et en 1970 pour la toxicomanie) sanction et traitement en orientant les auteurs condamnés à la détention vers des établissements permettant un suivi médical et psychologique adapté.

Le 17 juin 1998, la loi Guigou, en créant la peine de suivi socio-judiciaire (SSJ) assortie d'une injonction de soins (IS), consacre et impose l'intervention de la psychiatrie. Elle relève le double défi d'inciter à se soigner des personnes qui, spontanément, n'en éprouvent pas le besoin et d'impliquer les psychiatres dans un domaine où ils se sentent mal à l'aise.

Cette loi a été inspirée par l'expérience des québécois en matière de prévention des récidives et par les recommandations du groupe de travail présidé par le Dr Claude Balier. Parmi celles-ci, il n'a pas été retenu de créer des centres pénitentiaires spécialisés pour auteurs d'IS. Il s'avère aujourd'hui que certains centres comme Caen accueillent préférentiellement ces personnes.

Deuxième question. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?

Après avoir été interpellée par les médias et les politiques, la psychiatrie est clairement désignée par la loi du 17 juin 1998. Les psychiatres, peu formés pour la plupart, sont donc sollicités par des condamnés soumis à l'obligation de se soigner. Depuis cette loi, l'indication de ces soins est heureusement du ressort d'un expert psychiatre, la juridiction ne pouvant prononcer l'IS que sur l'avis favorable d'un tel expert. Ce dernier n'a pas à choisir le type de traitement, l'injonction de soins n'est pas une prescription. Seul le médecin traitant (MT), en toute indépendance, choisit le traitement qui lui paraît le plus adéquat pour son patient, mais le médecin coordonnateur (MC) a aussi son mot à dire.

Les modalités d'intervention comportent des traitements à visée structurale : les psychothérapies individuelles d'inspiration analytique et psychothérapies de groupe et des traitements à visée symptomatique : TCC et médicaments (IRS, anti-androgènes). Leurs indications et les difficultés particulières liées à ce type de patient ont été discutées à la conférence de consensus du 22 novembre 2001. Celle-ci, qui était sans doute prématurée, a mis en évidence quelques points de consensus, mais aussi des problèmes de vocabulaire, une offre de soins balbutiante et la nécessité d'une formation spécifique. La mise en place de « centres ressources régionaux » doit remédier à ces difficultés en proposant des informations, une formation et une organisation des offres de soins.

Il manque des équipes volontaires et compétentes. Les soins dont il est question nécessitent la pluridisciplinarité (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, endocrinologues...) pour répondre à l'hétérogénéité clinique de cette population et pour éviter l'isolement du thérapeute. Sa responsabilité se limite à l'obligation de moyens mais, en cas de récurrence, il est à craindre qu'on lui reproche un échec thérapeutique et il ne doit pas être seul face à une telle situation. Le travail d'équipe est également la meilleure formation qui soit, en complément du prochain DESC de psychiatrie légale.

Troisième question. Traitements et interventions.

Quelques études ont montré l'intérêt des TCC et des médicaments chez les agresseurs sexuels, mais chez ces personnes, deux types de problème coexistent : la paraphilie et le passage à l'acte. Empêcher de nuire n'est pas soigner le patient et réciproquement, même si les deux objectifs sont parfois atteints.

Le rôle des expertises est essentiel selon les textes, mais de la pratique naît l'expérience et de l'expérience naît l'expertise. Tout psychiatre peut faire un diagnostic de pathologie mentale mais, en matière d'auteur d'IS, on ne devrait nommer comme expert que des praticiens qui soignent ces personnes, en détention ou en ambulatoire. Ceci a été rappelé lors de l'Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale des 25 et 26 janvier 2007.

Les interventions les plus efficaces sont les plus précoces. Soigner un simple exhibitionniste ou un « cyber pédophile », c'est prévenir, chez certains, le risque d'escalade comme on l'observe dans les addictions. Lorsqu'une procédure pénale est engagée, une prise en charge dès la mise en examen est bénéfique, mais elle est souvent « parasitée » par des enjeux étrangers au traitement. Le problème de la négation ou du déni, fréquent dans ce domaine, limite beaucoup les interventions.

Quatrième question. Collaboration psychiatrie-justice et évaluation de la dangerosité en fin de peine.

La loi du 17 juin 1998 a créé le médecin coordonnateur (MC) à l'interface du MT et du JAP et son décret d'application du 18 mai 2000 a précisé la fonction exacte du MC. Particulièrement chez ce type de patient, la garantie du secret médical contribue à l'efficacité des soins. Elle évite soit la rétention d'informations essentielles, soit l'utilisation du psychiatre traitant pour transmettre un message au juge. Pour la *dangerosité criminologique*, une évaluation pluridisciplinaire est indispensable, surtout si la remise en liberté d'une personne en dépend. Les psychiatres savent surtout évaluer la *dangerosité psychiatrique*. Le risque de récurrence est évolutif et plurifactoriel, il ne peut être évalué par un simple questionnaire. Une commission pluridisciplinaire chargée de l'évaluer doit rassembler tous les professionnels concernés et disposer de toutes les informations accessibles. Le psychiatre traitant ne peut siéger à cette commission sans nuire à son action thérapeutique. La désignation d'un expert ou d'un « médecin coordonnateur de détention » (à créer ?) est incontournable pour cette évaluation. Croire qu'un psychiatre peut formuler seul un pronostic précis dans ce domaine, c'est soit un malentendu, soit un moyen de lui faire porter une responsabilité dont la justice aimerait bien se dégager.

Gérard Dubret

Chef de service - secteur 95G01

CH René Dubos-Pontoise

Première question. Le phénomène lui-même.

1. Historique

Les infractions à caractère sexuel sont connues depuis toujours ; mais c'est seulement depuis une vingtaine d'années qu'elles font l'objet, de façon de plus en plus systématique, de réponses pénales.

Auparavant, les victimes étaient regardées avec suspicion, elles devaient apporter la preuve des faits qu'elles dénonçaient et beaucoup, craignant le scandale, renonçaient à dévoiler les agressions qu'elles avaient subies. On assiste donc probablement à une augmentation des dévoilements plus qu'à une augmentation des infractions.

2. Définitions : délinquance et pathologies

Sur le versant délinquantiel, les infractions à caractère sexuel, qu'il s'agisse de délit ou de crime, sont définies dans les articles du Code pénal par des qualifications pénales qui permettent difficilement de les

distinguer sur le plan clinique ou sur le plan psycho-pathologique. Ainsi, le Code pénal évoque des atteintes sexuelles, des agressions sexuelles, des viols, des viols aggravés, des viols par ascendant, des viols sur mineur... Chacune de ces qualifications pénales recouvre en fait quatre grands types d'agressions sexuelles qui se différencient en fonction du statut même de l'agresseur et de la victime et de l'existence éventuelle de liens qui les réunissent.

C'est ainsi qu'on distinguera schématiquement :

- les exhibitionnistes ;
- les violeurs de femmes adultes ;
- les relations incestueuses ;
- les pédophiles.

Sur le plan psychopathologique, ces agresseurs sexuels ne sont quasiment jamais des malades mentaux. Ils présentent tout à la fois des troubles de l'orientation sexuelle et des troubles de personnalité très diversifiés qui doivent nous faire prendre des distances vis-à-vis du concept historique de pervers sexuel. En effet, ce concept sous-entend qu'il existerait une intrication obligatoire entre l'orientation sexuelle d'un sujet et la structuration de sa personnalité. Dès lors, toute personne dont l'orientation sexuelle s'écarterait d'une stricte hétérosexualité devrait présenter une personnalité structurée sur un mode pervers.

Tout au contraire, on constate que les structures de personnalité (et leurs divers modes d'expression) des différentes catégories d'agresseurs sexuels sont très diversifiées : névrotiques, pervers, immatures, états limites, psychopathes...

Chacune des quatre grandes catégories de délinquance sexuelle recouvre donc des situations psycho-pathologiques très différentes. Sur un plan historique, Henri Ey, dans son étude de l'exhibitionnisme (étude n° 12 dont on ne saurait trop conseiller la lecture), avait déjà démontré l'importante diversité clinique.

3. Prévalence (épidémiologie)

Il n'existe aucune donnée épidémiologique fiable qui puisse permettre de mesurer l'ampleur du phénomène. Les raisons de cette ignorance sont faciles à comprendre. Les seules infractions à caractère sexuel qui peuvent être recensées sont celles qui sont dévoilées. Il pourrait donc s'agir de la face émergée de l'iceberg. On ignore tout, ou presque tout, de la partie qui reste cachée sous l'eau.

Lorsque les agressions sexuelles font l'objet d'un dévoilement, elles entrent dans le registre pénal. Les seules statistiques existantes sont des statistiques pénales. Ces statistiques ne fournissent aucun renseignement sur les réalités cliniques ou psychopathologiques qui sous-tendent les infractions sexuelles. À ce jour, nous ne disposons donc pas d'outil statistique fiable qui puisse donner des renseignements épidémiologiques.

Par exemple, la notion de viol sur mineur va recouvrir tout aussi bien des situations de viol pédophilique ou des situations de viol incestueux. La qualification pénale de viol par ascendant ou viol par personne ayant autorité ne permet pas toujours de différencier clairement les deux aspects qui, pour autant, sur le plan psychopathologique, sont complètement différents. La notion de pédophilie intra-familiale ou extra-familiale est une notion totalement inopérante à laquelle il faut renoncer pour la simple raison que l'immense majorité des pères incestueux (qualifiés de pédophiles intra-familiaux) n'ont pas une orientation pédophilique de leur sexualité.

Ainsi, il est caractéristique de remarquer que les sujets pédophiles assurent qu'il leur aurait été impossible d'abuser sexuellement leurs propres enfants. À l'inverse, les pères incestueux affirment qu'ils n'auraient jamais pu avoir de relation avec d'autres enfants que les leurs.

4. Évolution spontanée du phénomène

Il importe de distinguer ici deux types d'agresseurs sexuels : les uns sont structurels, les autres conjoncturels.

Les agresseurs conjoncturels sont souvent les auteurs d'une agression unique, liée à des circonstances exceptionnelles qui ne se reproduiront plus au cours de leur existence ;

Chez les agresseurs structurels au contraire, la transgression est investie sur un mode libidinal qui les amène à réitérer l'infraction, sur un rythme plus ou moins soutenu, jusqu'à ce qu'une force extérieure (la loi pénale, le plus souvent) vienne s'imposer à eux pour les contraindre à y mettre un terme.

5. Évolution après traitement : traitement et prise en charge d'aide

La réponse à cette question peut être regroupée avec la question 7 : efficacité des interventions (épidémiologie).

En l'absence de toute enquête épidémiologique, avant ou après une prise en charge soignante, chacun peut comprendre qu'il n'existe aucune donnée fiable qui puisse renseigner sur l'efficacité des interventions ou sur l'évolution après traitement. Les seuls chiffres connus sont approximatifs et représentent des chiffres de récurrence extrapolés de la littérature anglo-saxonne.

Les taux de récurrence seraient les suivants :

- 5 % pour les pères incestueux ;
- 10 à 15 % pour les violeurs de femmes adultes ;
- 15 à 20 % pour les pédophiles.

6. Les acteurs de la prise en charge

Il est essentiel de comprendre qu'avant d'être rattrapés par la justice, les auteurs d'agression sexuelle ne demandent rien et surtout pas des soins.

Ils ne ressentent pas de réelle souffrance qui puisse motiver une demande de consultation. Ceux qui, les premiers, constatent leurs comportements déviants, policiers, magistrats, experts judiciaires, même s'ils pressentent que ces infractions sexuelles sont sous-tendues par un profil psychologique particulier, n'ont pas la possibilité de délivrer des soins ni même de les initier.

La question de base peut donc s'énoncer de la façon suivante : « comment faire pour adresser des sujets qui ne demandent rien à des psychiatres qui, pour leur immense majorité, ne se sentent ni concernés, ni compétents ? »

8. Situation des prisons

Le nombre de condamnations pour infraction sexuelle n'a cessé de progresser au cours des dernières années : 6 700 en 1984, 8 400 en 1993 ; pour les chiffres les plus récents : 2005, 2006 on peut obtenir des chiffres précis auprès de la Chancellerie. À l'intérieur de ces chiffres, ce sont essentiellement les viols par ascendant qui connaissent la plus forte progression.

De même, l'Administration pénitentiaire doit pouvoir fournir, sur les 60 000 détenus actuels, le pourcentage de personnes incarcérées pour des faits d'ordre sexuel.

Il est important de retenir qu'il existe de toute façon un important écart entre le nombre de condamnations, d'une part, et le nombre de victimes d'atteintes sexuelles, d'autre part. Ce nombre de victimes, évalué par la Direction centrale de la police judiciaire, s'élèverait à environ 10 000 victimes par an. Ce même nombre, estimé à partir du Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée, est beaucoup plus élevé puisque 30 % des appels - soit environ 23 000 appels par an - portent sur des abus sexuels sur enfant.

On voit donc combien les données chiffrées dont nous disposons sont à la fois approximatives et parcellaires.

Enfin, en matière de réponse pénale, la durée moyenne des peines d'emprisonnement et de réclusion criminelle prononcées dans des affaires d'infraction sexuelle n'a cessé d'augmenter durant les vingt dernières années.

Deuxième question. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?

La psychiatrie est concernée parce que les infractions sexuelles sont le fait de sujets qui sont à la fois porteurs de troubles de l'orientation sexuelle et de troubles de la personnalité.

L'orientation sexuelle d'un sujet se détermine dans les premières années de sa vie, en même temps que sa maturation psycho-affective, au fil des expériences structurantes ou traumatisantes qu'il est amené à vivre. Pour chaque sujet, l'orientation sexuelle s'exprime plus comme une contrainte que comme un choix.

En regard des émotions pulsionnelles ressenties, chaque sujet doit adapter ses comportements en termes de passage à l'acte ou d'acceptation de la frustration. La part relative de propension au passage à l'acte ou de tolérance à la frustration sera très différente pour chacun, en fonction de sa structure de personnalité et des aménagements dont il est capable. C'est dire combien une connaissance approfondie de la structure de personnalité de chaque agresseur est indispensable. Ce sera l'une des cibles des interventions soignantes.

1. Quand, par qui et comment la psychiatrie est-elle interpellée ?

Elle est très rarement interpellée par le sujet lui-même, puisque les demandes spontanées de soins, dans ce domaine, sont rarissimes.

La psychiatrie est donc interpellée par toute instance tierce qui constate les infractions sexuelles et la souffrance des victimes, dès lors que cette instance tierce admet que les réponses répressives ne seront pas suffisantes. Le plus souvent, c'est la justice qui interpelle les psychiatres sous la forme d'obligation de soins ou d'injonction de soins.

- Dans les obligations de soins, l'indication est posée par les seuls magistrats. Trop souvent, cette indication n'est pas pertinente et débouche sur des situations de soins illusoire et inappropriées.

- Les indications posées dans le cadre de la loi du 18 juin 1990 (injonction de soins au sein d'une mesure de suivi socio-judiciaire) sont posées par l'expert psychiatre. Elles sont souvent beaucoup plus pertinentes, mais elles restent rares.

L'absence d'une réelle volonté politique a privé cette loi des moyens indispensables qui auraient pu la faire vivre : pas de crédits pour les éva-

luations des experts ou des médecins coordonnateurs, pas de formation pour les médecins, pas de réelle articulation entre les services judiciaires et les services sanitaires.

2. Quelles sont les modalités de ces interventions (thérapeutique et aide) ?

3. Qu'est-ce que la psychiatrie sait faire ? Y a-t-il un consensus sur ses possibilités ? À partir de quelles organisations ? Grâce à quelles formations ?

4. Qu'est-ce qui manque ? (détermination des rôles, objectifs finalisés, suivis assumés...)

Les réponses à ces trois dernières questions peuvent être abordées dans le cadre du troisième chapitre.

Troisième question. En matière de traitement et d'intervention, qu'est-ce qui est établi ?

1. Quels sont les traitements qui marchent (que sait-on et que ne sait-on pas) ?

2. Existe-t-il un consensus sur les modalités de prise en charge et d'intervention ?

Il est difficile, dans le cadre d'une telle enquête, de recenser toutes les modalités d'interventions soignantes et leurs indications ; l'impératif de concision nous amène donc à être schématique. On distinguera les traitements médicamenteux et les traitements psychothérapeutiques.

- **Les traitements médicamenteux** : il s'agit des médicaments symptomatiques et de l'hormonothérapie :

- les médicaments symptomatiques répondent aux manifestations fréquentes chez ces sujets porteurs de troubles de la personnalité : anxiété, sub-exaltation, irritabilité, impulsivité, etc.

- l'hormonothérapie : ce terme doit définitivement remplacer l'appellation imbecile de castration chimique qui fait les délices des médias et du monde politique. L'hormonothérapie doit systématiquement être associée à une psychothérapie de soutien ; elle s'adresse aux sujets limités intellectuellement chez lesquels la sexualité est contraignante par son intensité et son caractère obsédant, pouvant donner lieu à des réponses d'allure compulsive.

- **Les traitements psychothérapeutiques** : ils comprennent les psychothérapies individuelles, les entretiens de couple, les entretiens familiaux, les psychothérapies de groupe dans lesquels les sujets se sentent moins interpellés et peuvent bénéficier du travail d'élaboration des autres membres du groupe. Enfin, les groupes d'information sexuelle destinés aux adolescents ou aux jeunes adultes dont les connaissances concernant la sexualité restent parcellaires ou déformées.

L'ensemble de ces mesures de soins a fait l'objet d'une conférence de consensus réunie les 22 et 23 novembre 2001 à La Salpêtrière et dont les travaux et les recommandations ont été largement publiés.

Aucun de ces traitements n'est susceptible de modifier l'orientation sexuelle d'un sujet. Tout au plus, ils tendent à contenir les risques de passages à l'acte.

Mais, on l'a vu, les passages à l'acte pédophile et l'ensemble des agressions sexuelles sont sous-tendus par des troubles de personnalité qui, pour certains, pourront bénéficier d'une prise en charge soignante. Les soins doivent alors s'articuler aux mesures pénales, durant la peine privative de liberté et, au delà, en ambulatoire. C'était toute la subtilité et les enjeux de la loi du 18 juin 1998.

Cette articulation de la peine et du soin exige que les pratiques soignantes s'inscrivent dans un cadre rigoureux :

- les indications de soins doivent être posées par les psychiatres, non par les magistrats ;
- la confidentialité est le moteur essentiel des soins. Sans respect du secret médical, aucune relation de soins ne pourra s'instaurer ;
- ces soins doivent faire régulièrement l'objet d'évaluations externes (expertises, rapports des médecins coordonnateurs) qui permettent de dissiper tout risque d'illusion de soins et de renseigner le magistrat sur l'évolution du suivi ;
- ces soins ne peuvent s'envisager sans la participation active du sujet. C'est dire combien des soins sans consentement ou sous contrainte seraient illusoire ;
- pour certains sujets, l'indication de soins sera refusée par les experts, soit parce qu'ils nient les faits, soit parce que la dimension perverse de leur personnalité apparaît trop importante. Ceux-là relèvent alors des seules mesures pénales. Il en va de même de ceux qui ne consentiraient pas aux soins qui leur sont proposés. Pour certains sujets, les murs de la prison seront longtemps nécessaires pour protéger la société.

3. Quel est le rôle des expertises et la validité des diagnostics (dangerosité et récidive) ?

Le rôle de l'expert dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle est fondamental.

C'est effectivement lors de l'expertise pré-sententielle (avant le jugement), au moment de l'instruction, que l'expert va indiquer au magistrat si une démarche de soins est envisageable. Cette question lui est d'ailleurs explicitement posée par le juge qui l'a nommé : « une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire est-elle opportune ? » On comprendra qu'il s'agit ici pour l'expert de poser une indication de soins. C'est le rôle du médecin, non celui du magistrat.

Par la suite, durant la détention, l'expert peut de nouveau être nommé par le juge d'application des peines, pour évaluer l'évolution du sujet au cours du déroulement de sa peine privative de liberté. Il s'agira donc d'évaluer comment le sujet se situe vis-à-vis des faits pour lesquels il a été condamné, comme il prend en compte la souffrance de la victime, quel a été son engagement dans les soins qui lui ont été proposés pendant sa détention. Ces expertises peuvent revêtir la forme d'une expertise de pré-libération conditionnelle, chaque fois qu'un aménagement peut intervenir dans le déroulement de la peine.

En aucune façon, les expertises psychiatriques ne peuvent devenir des expertises de dangerosité ou de récidive. La psychiatrie n'est pas une science prédictive et l'état dangereux n'est pas l'apanage des troubles psychiatriques. Les experts doivent résister aux constantes tentatives de la justice pour les instrumentaliser (expertises de crédibilité, de récidive, de dangerosité...). Le seul domaine de compétence de l'expert doit rester la clinique.

4. À quel moment et dans quel contexte les interventions sont-elles les plus efficaces ?

Pour les interventions psychothérapeutiques, c'est dès le début de la détention qu'elles seront les plus efficaces. Pour les traitements médicamenteux, c'est essentiellement au moment de la remise en liberté (avec ou sans contrôle judiciaire) qu'elles pourront être nécessaires dans certaines indications.

5. Comment collaborent, en vue d'évaluation, le psychiatrique et le judiciaire ?

Il est indispensable que le juge d'application des peines soit renseigné sur l'évolution du suivi ; mais en aucune façon ces renseignements ne peuvent provenir du psychiatre traitant. Ce dernier doit respecter une stricte confidentialité vis-à-vis des soins qu'il délivre à son patient détenu. C'est précisément cette garantie de confidentialité, ce respect du secret médical qui permet au détenu de confier à son thérapeute les aspects les plus inavouables de sa fantasmagorie sexuelle.

Tout au contraire, vis-à-vis du juge d'application des peines, le détenu s'efforcera de montrer de lui l'image la plus rassurante possible. S'il sait que son thérapeute communique avec le juge d'application des peines, il ne lui confiera plus rien, par souci de maintenir auprès du juge l'image rassurante qui lui est indispensable. Dès lors, aucune prise en charge soignante ne sera plus possible.

L'évaluation des soins est donc indispensable, mais elle ne peut en aucune façon être faite par le thérapeute lui-même. Il devra donc s'agir d'une évaluation externe, pour laquelle le magistrat désignera un expert durant le temps de la détention et un médecin coordonnateur pour toute la durée du suivi socio-judiciaire ambulatoire.

Quatrième question. Comment la psychiatrie et les psychiatres peuvent-ils répondre aux demandes nouvelles de collaboration qui leur sont faites ?

Le pouvoir politique annonce aujourd'hui la création d'hôpitaux fermés, baptisés centres socio-médico-judiciaires de sûreté. Ces centres seront susceptibles de recevoir, sur le mode de l'internement (rétention de sûreté), des sujets condamnés qui, après avoir purgé la totalité de leur peine, présentent toujours une particulière dangerosité attestée par une expertise médicale ; dans ces centres, selon le projet de loi, seront proposées de façon permanente des prises en charge médicale et sociale.

On est ainsi passé rapidement de l'articulation de la peine et du soin à l'instrumentalisation de la psychiatrie, convoquée ici comme seule discipline médicale susceptible d'instaurer des soins sous contrainte et des hospitalisations sans consentement.

Au-delà des mesures de soins, dans ce domaine où les connaissances sont balbutiantes, où le manque d'assise théorique limite les pratiques à un empirisme sans grande fiabilité, il est à craindre que ce soit les possibilités d'enfermement sans délai qui soient recherchées par le pouvoir politique. Dans le pragmatisme ambiant, peu importent les mesures de soins, pourvu que l'agresseur soit enfermé à vie.

Si c'était le cas, nous devons affirmer clairement que nous n'accepterons pas que la psychiatrie soit instrumentalisée comme variable d'ajustement de la politique pénale, pour instaurer des peines de perpétuité réelle.

Catherine Paulet

Chef de service SMPR,
Secteur 13P01 - ASPMP1, Marseille

Le point de vue d'un psychiatre à propos de l'exercice en milieu pénitentiaire

1. L'enjeu majeur : faire entendre raison à l'émotion

La tâche est malaisée tant est vive et tenace l'émotion. Dès lors qu'un acte délictuel ou criminel paraît odieux ou incompréhensible, il ne peut être que le fait d'un monstre et/ou d'un malade mental, à neutraliser par tous moyens. Le rôle des politiques à cet égard devrait être le dépassement du débat d'opinion, la clarification des champs conceptuels et de compétences et l'éloge de la complexité et de la modestie, et non pas la surenchère.

Certes, depuis le début des années 1990, les équipes psychiatriques exerçant en milieu pénitentiaire ont développé un large champ de réflexion théorico-clinique sur les conditions, les objectifs et les effets de la prise en charge psychothérapique de certains auteurs d'agression sexuelle et violente souffrant de troubles de la personnalité. Pour autant, la catégorie pénale « délinquance sexuelle » ne veut rien dire en clinique psychiatrique. Les réalités psychopathologiques recouvertes vont de la schizophrénie aux troubles bipolaires, en passant par la déficience ou la détérioration intellectuelle et l'immaturation adolescente, via les troubles complexes de la personnalité, sans oublier la banale normalité. L'hétérogénéité des réalités cliniques a pour corollaire la diversité des types de traitements à proposer (s'il y a lieu).

2. Les textes utiles : peu nombreux mais principes

La loi de 1994 relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues se donne pour objectif une prise en charge sanitaire délivrée à la population pénale d'une qualité équivalente à celle du milieu libre avec trois principes essentiels :

- la facilitation de l'accès aux soins pour toute personne détenue ;
- la nécessité d'un consentement informé aux soins proposés et nécessaires ;
- la garantie de la confidentialité des échanges soignant-soigné.

La loi de 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles, fruit d'un long travail d'échanges et d'articulations Santé-Justice, propose en peine principale (alternative à l'incarcération) ou complémentaire d'une peine privative de liberté (à l'issue de l'incarcération), une peine de suivi socio-judiciaire (SSJ) qui vise à accompagner et contrôler le condamné dans son cheminement de réinsertion sociale. Le SSJ est assorti d'une injonction de soin lorsque le condamné relève de soins (expertise psychiatrique) et qu'il y consent. L'injonction de soin prend effet à la sortie de prison lorsque la personne est incarcérée, mais celle-ci est vivement incitée à débiter les soins durant la détention.

La circulaire du 14 avril 2006 vient de compléter utilement le dispositif en proposant la création de centres ressources régionaux pour l'amélioration de la prise en charge (sanitaire, sociale, judiciaire) des auteurs de violences sexuelles (sous main de justice ou pas). Il s'agit de fédérer des

réseaux et de les animer, de développer la formation et la recherche, de constituer un lieu de conseil et de recours pour les équipes en charge des auteurs de violences sexuelles ainsi qu'un lieu d'information pour le public.

Il va de soi que la question préalable des moyens mis en œuvre pour permettre le déploiement des dispositifs évoqués est centrale dans l'appréciation secondaire de leur efficacité.

3. Les soins en milieu pénitentiaire : possibles sous réserve de les laisser se déployer (moyens) en toute efficacité (déontologie)

La population des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) représente, en 2007, 18 % des condamnés (22 % en 2006).

Il s'agit d'une population communément et de longue date suivie par les équipes des dispositifs de soins en milieu pénitentiaire, particulièrement les équipes psychiatriques et singulièrement les psychologues.

Les objectifs de la prise en charge sanitaire sont la facilitation de l'accès au soin pour tous, sur la base d'un consentement éclairé et informé c'est-à-dire travaillé, avec trois axes de travail :

- prévention et éducation pour la santé (comme facilitateur de l'accès au soin) ;
- soins : non spécifiques et spécifiques ;
- continuité des soins (y compris lors de transferts pénitentiaires) et préparation à la sortie (anticipation des relais).

La prise en charge thérapeutique comporte :

- un aspect non spécifique, commun à l'ensemble de la population pénale et motivé par des troubles du sommeil, des réactions anxieuses, un état dépressif, un risque suicidaire (souvent important), etc. ;
- et un aspect spécifique d'exploration des conditions du passage à l'acte et d'élaboration psychodynamique.

Le traitement n'a pas pour objectif *stricto sensu* la prévention d'une récidive délinquante ; il a pour objectif la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire si possible. Le soin peut ainsi contribuer à la prévention.

Les éléments contextuels modulent le type de travail proposé suivant qu'il y a négation des faits reprochés, qu'il s'agit de majeurs ou mineurs, de prévenus ou condamnés, de courtes peines ou longues peines, d'une maison d'arrêt, d'un centre de détention ou d'une maison centrale, et le cas échéant d'une population sous écrou mais non incarcérée (semi-liberté, bracelet électronique...).

Dans tous les cas, une évaluation clinique soigneuse est nécessaire : pathologie psychiatrique (schizophrénie, troubles bipolaires, processus démentiel), insuffisance intellectuelle, addictions, troubles de la personnalité, pas de pathologie.

La diversité des pratiques répond à la diversité clinique et le choix du type de prise en charge proposée est fonction de la problématique clinique sous-jacente, des capacités d'élaboration du patient et des éléments de contexte (stade du processus judiciaire, trajectoire pénitentiaire, contexte familial et soutien social...) :

- prises en charge individuelles psychothérapiques d'inspiration psychanalytique ou cognitivo-comportementale ;

- prises en charge groupales spécifiques regroupant des AICS, ou non spécifiques : reprise individuelle. Intérêt des médiateurs (avec travail sur les représentations, les émotions...);

- possibilité de travail de médiation familiale en présence du patient (mise à disposition d'un lieu de rencontre aménagé à proximité du parloir avocat).

Certaines prises en charge sont discontinues, d'autres continues, il n'y a pas de règles en la matière : c'est le temps du patient qui doit guider. On distingue néanmoins trois temps forts : accueil, période du jugement, approche de la sortie.

4. Les aspects organisationnels en milieu pénitentiaire : donner la possibilité du soin à qui en a besoin, y compris un soin spécifique, suppose un personnel formé et en nombre

Les équipes de psychiatrie des UCSA doivent être formées à cette prise en charge car les AICS représentent un pourcentage élevé de la population pénale. Les psychologues sont des professionnels de choix pour assurer les suivis individuels et de groupe. Les équipes de médecine générale des unités de consultation et de soins ambulatoires qui sont en première ligne, doivent être également largement sensibilisées à l'approche de ce public.

On distinguera soin et conseil technique :

- soins assurés par l'équipe de site ou l'équipe de recours pour des suivis intensifs et/ou spécialisés (vocation régionale des SMPR, Services médico-psychologiques régionaux) ;

- conseil technique, études de cas, supervision assurés, dans le cadre de leur rôle de coordination régionale, par les SMPR et, lorsqu'ils existent, les centres ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Peut également s'envisager l'intervention au sein de l'UCSA, par convention avec l'équipe psychiatrique de site qui reste maître d'œuvre en matière de projet médical, d'une équipe spécialisée dans une approche thérapeutique spécifique pertinente. Cette équipe peut appartenir au SMPR de référence ou à un service de proximité ayant développé des compétences particulières. Cela suppose une excellente articulation et collaboration des équipes et des distances kilométriques (ou temps du trajet) raisonnables.

Les Agences régionales de l'hospitalisation (et futures Agences régionales de santé), notamment à la faveur des Schémas régionaux de l'organisation des soins, peuvent utilement recenser les offres de soins et les moduler (planification, financement d'expériences novatrices...).

5. Les articulations nécessaires Santé-Justice : les malentendus naissent de la méconnaissance du métier et du champ de compétences de l'autre

Lorsque l'administration pénitentiaire s'engage, notamment avec les personnels du Service pénitentiaire d'insertion et de probation, dans le cadre de sa légitime et nécessaire mission de réinsertion sociale, dans une démarche criminologique centrée sur l'infraction commise et la prévention de sa récurrence, il n'y a pas compétition avec le dispositif de soin, mais complémentarité.

Le soin peut être considéré par le juge de l'application des peines comme un gage sérieux de réinsertion et des attestations de suivi demandées pour en témoigner. Pour autant, si ces attestations sont fournies en tant que de besoin au patient, il ne s'agit pas d'une évaluation du traitement en cours, mais bien d'une attestation de suivi. Le médecin traitant n'a pas un rôle d'évaluation expertale. Si le juge de l'application des peines ne se satisfait ni du propos de la personne qui est au centre du dispositif qui la concerne et est apte à rendre compte de son évolution, ni du certificat médical de suivi qu'elle produit, il peut diligenter une expertise psychiatrique.

L'inflation actuelle du soin pénalement ordonné (dans le cadre des lois relatives à la prévention de la récurrence de 2005, 2007, 2008) brouille la donne.

Le soin doit rester à sa place : modeste, et l'incitation/injonction de soin doit être médicalement fondée pour permettre au sujet de se saisir de l'opportunité du soin.

Les indications inappropriées ou inutiles génèrent une inflation des demandes mais pas nécessairement une assurance tous risques. Si l'expertise psychiatrique pénale ne conclut pas à l'opportunité d'une injonction de soin, il est inapproprié de passer outre.

La préparation à la sortie est un axe essentiel de réflexion et de travail. Tout doit être fait pour favoriser les libérations anticipées avec accompagnement judiciaire et socio-éducatif effectif et étoffé ; le soin n'est qu'un des éléments de cette préparation.

La question de l'évaluation de la dangerosité criminologique fait controverse parce qu'il y a souvent confusion de registre et/ou excès d'attente.

Tout d'abord, il convient de distinguer dangerosité criminologique (risque de commettre une infraction pénale) et dangerosité psychiatrique (risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif du fait de troubles mentaux) ; elles peuvent être liées mais non nécessairement.

L'évaluation psychiatrique de la dangerosité est fondée sur la relation interpersonnelle et l'entretien clinique qui analyse le trouble mental dont souffre éventuellement le sujet, explore les éléments biographiques (antécédents personnels, familiaux, médico-légaux, judiciaires, etc.), les éléments de personnalité (fonctionnement psychodynamique, mécanismes de défense...) et le contexte environnemental. Le savoir clinique permet au psychiatre de se prononcer sur la dangerosité psychiatrique, mais pas sur la dangerosité criminologique. S'il prédit la récurrence délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science mais à son intime conviction. La compétence (et le rôle) du psychiatre, singulièrement de l'expert, porte sur la compréhension psychodynamique du sujet et non sur la prédiction d'une récurrence délinquante.

Autrement dit, comme l'a fait l'audition publique de 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale, et avant elle l'audition publique sur la prise en charge de la psychopathie (2006), il faut rappeler les limites du champ de l'expertise et situer la criminologie (et ses outils et échelles d'évaluation) comme un axe de recherche non stabilisé au carrefour de champs hétérogènes qui requiert prudence et modestie et exclut de s'engager dans une démarche prédictive.

6. Les centres médico-socio-judiciaires de rétention de sûreté font de l'exception la règle et force est de constater que l'opposition argumentée d'une très large majorité de professionnels de justice et de santé n'y a rien changé !

Le dispositif prévu par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté a vocation à s'appliquer « à la fin de l'exécution de leur peine, à des personnes déjà condamnées pour certains crimes qui présentent une particulière dangerosité et une probabilité très élevée de récidive en raison d'un trouble grave de leur personnalité ». De sorte qu'il s'agira de priver de liberté une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel, mais que l'on supposera, par hypothèse médicale non scientifiquement fondée sur la base d'expertises psychiatriques, dangereuse, c'est-à-dire susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel. Autrement dit, cela reviendra à rendre possible l'enfermement d'une personne pour risque et cela reviendra aussi à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

Désormais, outre la peine encourue pour le délit ou le crime pour lequel il a été reconnu coupable, un individu est susceptible de subir une période d'enfermement supplémentaire, aléatoire et illimitée.

En définitive, le régime de la rétention de sûreté revient à instaurer potentiellement la réclusion criminelle à perpétuité pour tous les crimes punis de quinze ans et plus.

De plus, l'absence de définition de la dangerosité et le concept de trouble grave de la personnalité ouvrent un champ extrêmement large d'occurrences.

Jean-Louis Senon

Médecin psychiatre

Professeur Université de Poitiers

Collège de Recherche et d'Information
en Criminologie (CRIMCUP)

Première question. Le phénomène lui-même.

La prise en compte sociale des phénomènes de violences sexuelles s'est faite dans notre pays très tardivement par rapport à nos voisins : quinze ans après le Canada, cinq ans après la Belgique, sept à huit ans après l'Allemagne, après une longue période où la France était aveugle face à ces problèmes de violences sexuelles, notamment intra-familiales.

Comme cela est souvent le cas, après avoir ouvert les yeux à ces violences, notre pays a rapidement évolué vers une politique de répression inflexible et il apparaît bien que les peines françaises, d'après les études du Conseil de l'Europe, sont deux à cinq fois supérieures aux peines des autres pays européens avec, comme phénomène corollaire, l'accumulation dans les établissements pénitentiaires d'auteurs de violences sexuelles qui peuvent aller jusqu'à représenter 20 % de la population pénale, soit sensiblement 10 000 à 12 000 détenus. Ceux-ci se répartissent en trois catégories : les plus nombreux sont les auteurs de violences sexuelles intra-familiales qui représentent toujours une part importante de l'activité des Cours d'Assises, puis les auteurs de viols et enfin les auteurs de violences sexuelles extra-familiales, pédophilie extra-familiale

dont une partie est composée d'auteurs multirécidivants évalués comme particulièrement préoccupants pour 80 à 300 d'entre eux, répartis dans les maisons centrales françaises.

Comme je le reprends dans plusieurs publications récentes, la France est toujours dans une politique de durcissement des peines qui ne se focalise pas sur les auteurs les plus dangereux (pédophilie extra-familiale à orientation homosexuelle), mais les mesures de sûreté concernent l'intégrité des auteurs de violences sexuelles¹.

La France a été marquée par la mise en place de la loi de 1998 dont la conception a été difficile, tellement était forte chez les juristes l'idée d'une condamnation à un traitement. Depuis la mise en place de la loi de 1998, aucune évaluation de son application n'a été faite et les retours des SPIP renvoient à l'insuffisance du nombre des médecins coordonnateurs (170 selon les derniers chiffres ?) et à la difficulté à trouver des consultations spécialisées dans ce champ, tant en psychiatrie publique qu'en psychiatrie privée.

En fait, le problème est un problème d'organisation des soins tant en milieu carcéral qu'à la sortie.

En milieu carcéral, il n'y a pas d'évaluation clinique et sociale organisée et, surtout, il n'y a aucune hiérarchisation des priorités tant temporelles que structurelles. Effectivement, comment focaliser le peu de moyens sanitaires sur les personnes relevant précisément d'une intervention en psychiatrie ? Et question tout aussi importante : à quel moment de la peine, le plus souvent longue (autour de dix ans), faut-il intervenir ? Pour quel type d'intervention thérapeutique :

- au moment de l'incarcération en dépistage, pour éveiller une demande de soins ?
- à la fin de l'instruction et avant le jugement d'assises ?
- à l'accueil en centre de détention ou en maison centrale ?
- quelle action avoir pendant les cinq à dix ans dans un établissement pour peines ?
- comment entreprendre une nouvelle évaluation et une mise en situation thérapeutique dans les deux ans précédant la sortie ?
- comment articuler le travail réalisé en milieu pénitentiaire avec la prise en charge organisée à la sortie, souvent très à distance du fait des implantations « rurales » des établissements pour peines ?

Deuxième question. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?

Il semble important de rappeler que la psychiatrie ne peut pas proposer un traitement dans la mesure où il n'y a pas de maladie mentale dans la plupart des cas chez les auteurs de violences sexuelles. Il est important de parler d'accompagnement psycho-socio-éducatif par exemple. Celui-ci doit être systématiquement articulé à une prise en charge socio-éducative cohérente qui a toute sa valeur dans l'acquisition d'habiletés sociales souvent défaillantes chez les AVS. Il est important de rappeler que les traitements hormonaux et les traitements antidépresseurs visant à diminuer la libido ont des indications très précises et ne concernent que des cas très limités de la population d'AVS.

La conférence de consensus a ébauché une mise au point tout à la fois clinique et thérapeutique en faisant un état des lieux. Trois problèmes se posent :

- maintenir un bon niveau de formation pour les équipes intervenant au titre du secteur en milieu pénitentiaire ;
- faciliter la mise en place dans chaque département d'équipes cohérentes pour prendre en charge les sortants d'établissements pénitentiaires ;
- spécialiser dans chaque région quelques équipes très pointues pouvant prendre en charge les pédophiles extra-familiaux multirécidivants.

Troisième question. En matière de traitements et d'interventions, qu'est-ce qui est établi ?

Je renvoie pour cette question à la publication dans le Dalloz AJ Pénales que j'ai réalisée il y a quelques mois sur la loi Dati d'août dernier. Dans notre pays, il n'y a jamais eu d'évaluation des prises en charge psychothérapeutiques et des accompagnements psycho-socio-éducatifs. Notre pays est aussi marqué par le fait que la plupart des intervenants formés utilisent un référentiel théorique psychanalytique dans le sillage des travaux de Claude Balier. Il a été pointé par la conférence de consensus la nécessité de diversifier les approches psychothérapeutiques en travaillant notamment avec des TCC... C'est manifestement une carence importante en France.

Le problème des expertises a été entrevu au décours de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale. L'audition publique rappelle qu'il est essentiel que les experts se focalisent sur les expertises pré-sententielles alors que le législateur multiplie, notamment depuis la loi du 10 août dernier, les expertises de pré-libération. Dans ce domaine, comme le rappelle l'audition publique, il est important de séparer dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique, cette dernière imposant une évaluation multidisciplinaire.

Quatrième question. Comment la psychiatrie et les psychiatres peuvent-ils répondre aux demandes nouvelles de collaboration qui leur sont faites ?

Le problème se pose à deux niveaux différents. Pour ce qui concerne les AVS pédophiles multirécidivants à orientation homosexuelle, tout un dispositif est à envisager en collaboration avec le champ judiciaire. À mon sens, on est là dans un problème de défense sociale et il s'agit d'étudier de quelle façon certaines équipes de santé surspécialisées et volontaires peuvent contribuer à la prise en charge, dans des lieux de défense sociale, de personnes dont la dangerosité est reconnue par une évaluation multidisciplinaire. Le projet actuel de la Garde des Sceaux de centres fermés de rétention où l'admission est prononcée après un jugement d'une cour spécialisée de la cour d'appel est une piste. Il restera à étudier pour ces établissements les modalités de contractualisation d'intervenants sanitaires très spécialisés. Pour les autres auteurs de violences sexuelles, il est indispensable qu'une réflexion se fasse pour établir, comme cela est fait au Canada, les priorités et évaluer des programmes thérapeutiques évalués.

Note

1. « L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive », J.-L. Senon et C. Manzanera, in *Penal* n°9/2007, septembre 2007.

Loick M. Villerbu

Psychologue et criminologue,
Institut de Criminologie et Sciences humaines,
Rennes Université

Première question. Le phénomène lui-même.

Historique

Le déplacement des normes et des valeurs vers les conditions subjectives d'existence et leur garantie a développé un intérêt grandissant vers la criminalité de sexe et vers la protection de l'enfance. Pour cette dernière, conscience a été prise des états criminogènes de victimation non traitée au plan psychologique et judiciaire. Les valeurs portées par le corps et l'intégrité psychique se sont substituées aux valeurs portées par le groupe et, sans doute, par les systèmes d'appartenances attachées à la famille et au groupe fondé sur la personne juridique du père. La défusion des pouvoirs paternels et la considération positive attachée au fait d'être parent et responsable, quel que soit son genre, a contribué à survaloriser et donc à offrir aux attaques et agressions, encore plus à les rendre visibles, les dysfonctionnements liés à la sexualité et au pouvoir, aux troubles de l'intimité. Dans le même sens et avec une acuité plus soutenue dans certains pays, la criminalisation plus ouverte des violences faites aux femmes ; ou encore l'intérêt plus manifeste porté aux meurtres d'enfants et aux problématiques conjointes de « laissez-les vivre » d'une part, de l'infanticide de l'autre côté. D'ailleurs, il faut noter que la disparition de l'infanticide dans les codes pénaux conduit paradoxalement à traiter la femme comme un homme en ne reconnaissant plus aucune spécificité à celle-ci.

Noter encore que ce que nous appelons agression sexuelle, agresseurs sexuels, est un raccourci qui ne dit rien des motifs psychologiques en cause. Cela identifie des lieux d'agressions et la valorisation que nous en faisons, mais il est plus clair aujourd'hui que l'agresseur sexuel est, sur un plan psychique, un agresseur qui s'en prend agressivement au sexuel qui lui pose problème et que, selon les cas, ce sexuel est prétexte alors que dans d'autres cas, il est un objet de quête. C'est dire l'extrême hétérogénéité des personnes qualifiées sous un unique vocable juridique et sociologique. On sait aussi la pluralité de vocables identifiant les uns et les autres ; depuis « agresseur sexuel », à « agression à caractère sexuel », en passant par « violences sexuelles », « infractions sexuelles »... le souci psychocriminologique étant de ne pas réduire la personne à son acte en n'oubliant cependant pas que le lieu de l'agression vient dire quelque chose d'une histoire singulière comme d'une histoire collective.

Définition : délinquance et pathologie

Ce qui ne se comprend pas d'évidence a toujours tendance à être traité comme relevant de la pathologie mentale. D'autre part, l'aventure des sciences humaines cliniques a permis de concevoir une position existentielle délinquante comme relevant d'une histoire et celle-ci engendrant de possibles structures psychiques singulières, susceptibles d'être dotées d'un plus ou moins haut pouvoir de destructivité. Ce qui fait monstruosité ou barbarie est spontanément connoté de maléfique et de morbide.

L'interrogation plus manifestement anthropologique impliquée dans ce recours est à mettre sur le compte d'une interrogation plus systématique sur le mal et ses conditions de possibilité, sur l'éventuelle réification de celui-ci dont on sait qu'elle donne toute possibilité de parler du nuisible... et de la témibilité. La délinquance s'évalue à l'aune de la dangerosité, de la pathologie, de la déviance : autant de systèmes de référence et de classifications qui disent quelque chose des types d'intervenants et des types d'interventions.

Fallait-il identifier les agressions de sexe à la perversion sous le prétexte que celle-ci a pris son essor sur une psychopathologie de la référence sexuelle en termes de prévalence de choix d'objets, de buts et de moyens ? Y a-t-il dans la perversion un autre objet fondamental que le sexe, le pouvoir et son usage par exemple ? C'est bien de toutes ces interrogations que se nourrissent les créations de nouvelles délinquances, comme le harcèlement.

Faut-il admettre que de façon paradigmatique, le lieu du sexe (dans la référence symbolique et dans l'imaginaire que chacun en a) soit le lieu ultime de la prise de pouvoir, de la néantisation ?

Dit d'une autre manière, de quel rapt s'agit-il dans cette agression, qu'elle se donne à voir sous une forme ponctuelle ou en série, dans des scénarii construits ou au cours d'un accès de violence ?

Prévalence (épidémiologie) : familiale / extrafamiliale

Il y a eu un moment dans l'histoire proche de l'étude du phénomène où l'on mettait l'accent sur une différence basique entre une agression intra et extra-familiale. Cette approche doit être considérée comme empirique et opportuniste, sans systématisme du mode d'analyse. En fait, elle apparaît aujourd'hui comme peu crédible ; c'est une typologie empirique peu susceptible de supporter une argumentation raisonnée. Et ne résistant pas aux analyses tant longitudinales qu'aux analyses des modes opératoires pour peu que l'on tienne compte des espaces d'opportunité qui sont offerts ou recherchés. Une telle spécialisation dans les agressions familiales sur des enfants faisait de l'opportunité un principe de classification qui ne dit rien des passages observables d'agressions intra vers des agressions extra. Prévalence qui ne tient qu'à des facteurs connexes.

Ceci dit, il est clair que l'on peut mieux suivre les aléas d'un climat conjugal parental à partir des agressions réalisées et l'on perçoit de façon plus évidente comment les formes de déprivation, de ruptures, de pertes, de changement de condition vont faire de l'espace familial (le sien ou celui d'un tiers) un espace de prédation dans la proximité ; et on perçoit mieux pourquoi c'est cet espace proche qui est l'objet du rapt, alors que chez d'autres agresseurs il faut un espace anonyme, ludique ou non.

Les vecteurs des espaces de vie (temps, espaces, seuil relationnel) peuvent plus aisément être mis à contribution et donner à voir des profils psychiques agis sur des déterminants de séduction ou d'intimidation.

Et on n'oubliera pas dans cette étude l'identification des viols conjugaux.

Évolution spontanée du phénomène (histoire naturelle)

Si l'on entend par histoire naturelle l'évolution des modes relationnels liés au crime de sexe, le trajet délinquantiel va chez certains cesser avec le fait de retrouver des repères vitaux, alors que chez d'autres la mise en place d'une série s'ordonne sur des événements vitaux qui se répètent en cycle ou en boucle. Dans un temps long et intergénérationnel : enfants/petits enfants... les observations concernant les auteurs femmes tendent à aller dans le même sens, avec ou non constitution de

réseaux dont le caractère tient, majoritairement, aux occurrences rencontrées.

Évolution après interventions : traitements et prise en charge d'aide.

La réitération après passage judiciaire ne concerne pas le plus grand nombre des agresseurs. Ce sont les auteurs concernés par un choix exclusif de relation de pouvoir lié au sexe qui seraient les plus récidivants. Et cela en tenant compte du sexe des victimes.

Les traitements et prises en charge sont d'une plus grande variété que l'on ne pense. Trois modes de prise en charge : individuel (sur objectifs ou non, sur le modèle de la cure : analytique, non directive...) ou sur des pratiques cognitivo-comportementales, de groupe (de paroles, jeux de rôles, familial, de créativité) et biologique (la gamme des androcures, mais aussi, sur le plan psychosomatique, les travaux de relaxation et autres selon la batterie disponible). La pratique du groupe apparaît comme un élément incontournable, celle de l'androcure plus liée à un état de souffrance persécutoire lié aux fantasmes envahissants et devenant insupportables.

Les effets des différents modes de traitement vont apparaître dans la façon dont les patients vont, au cours d'expertises par exemple, s'autoriser à récapituler leur histoire.

La question de la rechute dite ici récidive est à considérer dans les mêmes dynamiques que toute rechute liée à des comportements addictifs. Et leur effet sur les soignants et l'environnement est le même. À ceci près qu'ici, « du pénal » est mis en jeu.

Les acteurs de la prise en charge

Si psychiatres et psychologues sont d'emblée plus présents actuellement et plus diversifiés dans leur offre, la présence d'infirmiers et d'assistants sociaux formés devient plus importante ; cela au même titre que l'évolution observée en centre hospitalier psychiatrique. Il faut noter des initiatives du côté des CIP et des SPIP.

Souligner que le nombre des uns et des autres est largement insuffisant pour donner lieu à une véritable politique de santé publique.

Efficacité des interventions (épidémiologie)

L'étude de l'efficacité suppose d'avoir trois séries d'échelles ; l'une centrée sur les faits et leur analyse, une seconde centrée sur les modifications subjectives et les projets existentiels. Et la troisième sur l'effectivité des mesures préconisées. Et s'il y avait une urgence dans les unes ou les autres, ce serait cette dernière qui prévaudrait.

Situation des prisons

Les situations ne sont pas homogènes.

Deuxième question. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?

Si la question se pose, c'est sans doute parce que cela n'apparaît pas évident ou parce que cela manquerait de motivation ou de candidats. Sur le plan formel, la psychiatrie est directement concernée au titre de sa propre évolution des pratiques et des savoirs. Une même question se posait dans les années 60 à propos de l'alcoolisme et ensuite à propos

des toxicomanies plus tard, plus largement dès qu'une prise en charge se faisait multiprofessionnelle et multiréférentielle.

- La pratique psychiatrique a partie liée avec les deux versants des dysfonctionnements psychiques qui font que certains opteront pour des troubles à prévalence psychique (dépression, délire...) et les autres pour des troubles du comportement ; sur une même base : soit une histoire qui fait mal, soit une biologie inconstante et productrice d'humeurs. Mais au-delà de ces raisons toujours quelque peu circonstancielles, la psychiatrie est directement concernée à partir du moment où elle s'inscrit par son savoir et savoir faire dans une politique de santé publique ; dans la mesure où sa référence à la santé mentale déborde les cas individuels pour se poser en termes politiques.

- Elle est directement concernée encore parce que l'évolution contemporaine des offres raisonne davantage en termes de plateaux techniques qu'en termes de spécialités closes sur elles-mêmes. Parce que l'objet central est un contexte, que celui-ci soit analysé par les référentiels systémiques ou psychodynamiques ou psychosociaux. Ces référentiels sont entendus comme des moyens de mettre en œuvre des programmes ; que ceux-ci envisagent les questions de traitement ou de prévention, que celle-ci soit primaire, secondaire ou tertiaire.

Quand, par qui et comment la psychiatrie est-elle interpellée ?

- Quand : dès que la question d'un diagnostic santé/sécurité se pose.
- Par qui : par les non-psychiatres médecins, par les élus municipaux, par les polices et gendarmerie, par ceux qui s'auto-prescrivent du soin.
- Comment : dans sa fonction de soin, elle devient également chargée de dire la norme, c'est-à-dire le seuil de tolérance de celui qui fait appel ou pour lequel l'appel est fait.

Quelles sont les modalités de ses interventions (thérapeutiques et aides) ?

Qu'est ce que la psychiatrie sait faire ? Y a-t-il un consensus sur ces possibilités ?

- À partir de quelles organisations ?
- Grâce à quelles formations ? Des formations pluriprofessionnelles, comprenant divers acteurs de références différents et de rôle différent.
- Qu'est-ce qui manque (détermination des rôles, objectifs finalisés, suivis assumés etc.) ?

Troisième question. En matière de traitements et d'interventions, qu'est-ce qui est établi ?

Quels sont les traitements qui « marchent » (que sait-on et que ne sait-on pas)

Il n'y a pas d'échelles ou de questionnaires systématiques, pas de synthèses comparatives. Aucune comparaison n'est possible et ne sera possible sans soutien politique de projets de services et sans rapprochement avec les structures de recherches universitaires. Les idéologies de la discrétion et de la singularité mises en avant par les thérapeutes, de quelques bords qu'ils soient, font trop souvent obstacles aux recherches.

Existe-t-il un consensus sur les modalités de prise en charge et d'intervention ?

Non, certainement pas. Eu égard aux obédiences d'écoles et à l'absence de projets politiques institutionnels, de référence manifeste aux politiques criminelles et de santé publique.

Quel est le rôle des expertises et la validité des diagnostics (dangerosité et récidive) ?

- Les modifications actuelles des lois concernant la responsabilité (à propos du non-lieu) repose de façon plus aiguë sur le rôle des expertises et des experts et vraisemblablement les distinctions à faire entre les examens mentaux (psychiatres), les examens psychologiques et pour ceux-ci et ceux là les analyses psychocriminologiques. Les consignes expertales sont archaïques pour la plupart, elles ne suivent pas les pratiques d'assises, reflet des opinions actuelles et de l'état des savoirs : elles ne différencient pas suffisamment le rôle qu'elles ont à tenir dans le déroulement du procès.

- Les diagnostics de dangerosité et plus largement les diagnostics criminologiques ne sont plus seulement le fait des psychiatres ou psychos. Aucun acteur ne dispose de transmissions établies (formations référentielles par exemple) ; les réponses pas plus que les consignes expertales ne sont vraiment susceptibles de donner lieu à une argumentation et à appeler un débat ; trop souvent, ce sont sur des impressions de sentiments que se font les propositions.

- Cela est notamment sensible dans les expertises de permission ou de libération conditionnelle, plus encore de sortie tout court. Ou bien parce que l'expert ne constate guère de modifications entre une arrestation, une expertise et son passage en cour d'assises. Trop souvent sont oubliés : les difficultés à verbaliser, les systèmes de défense avec leur pente propre et plus ou moins malhabiles. Le poids des idéologies de la demande, du changement est manifeste et rarement évalué. Trop souvent mis en avant : les facteurs et les traits de comportements en secondarisant les contextes de vie, les éléments factuels d'un passé délinquantiel sans analyse de leur impact par la personne condamnée ou en instance de l'être, ou en ne cherchant pas dans l'analyse proposée les éléments conflictuels ou paradoxaux.

À quels moments et dans quels contextes les interventions sont-elles les plus efficaces ?

- On s'accordera à dire qu'il y a des moments ou des périodes-clés dans le suivi psy et psychiatrique ; ce sont les moments où s'affirment les ruptures de mode de vie et les changements de repères.

- Les interventions sont plus efficaces à partir du moment où un travail préparant une prise en charge a été rendu possible par le biais d'une équipe médicale comme le biais de personnels autres. Lors de l'élaboration d'un projet.

- Contre-productif : une temporalité où rien ne s'invente ou ne se défait.
- Incitateur : la constitution de plate-forme pluriprofessionnelles, notamment en CD, mais pas seulement.



Appel à projets de recherche 2008 HANDICAP PSYCHIQUE, AUTONOMIE, VIE SOCIALE

La Mission Recherche de la DREES, après un premier appel d'offre de recherches lancé en 2005, s'associe avec la CNSA, en lien avec la DGAS, l'IReSP et l'UNAFAM, pour lancer un appel à projets de recherche « Handicap psychique, autonomie, vie sociale ».

Thématiques de l'appel à projets :

- l'impact de handicap psychique sur la qualité de vie et le bien-être
- l'impact des limitations d'activités et des restrictions de participation à la vie sociale des personnes présentant un handicap psychique
- les modes de compensation et/ou d'accompagnement des structures spécialisées, la coopération pour les prestataires d'activités et leur mise en œuvre collective et la recherche d'indicateurs pertinents pour évaluer l'efficacité des dispositifs d'accompagnement
- le handicap psychique et la coordination des dispositifs de soins et sociaux

Les projets porteront exclusivement sur le handicap psychique, c'est à dire selon la loi du 11 février 2005 sur les limitations d'activité et/ou les restrictions de participation à la vie en société dans leurs rapports avec les altérations de la fonction psychique et leurs interactions avec l'environnement. Tout projet traitant uniquement des maladies symptomatologie, signes cliniques, étiologies, etc. et/ou de la déficience de la fonction psychique (troubles cognitifs, subjectivité, etc.) est hors champ de cet appel d'offres.

Caractéristiques des projets :

- peuvent être présentés des projets de recherche d'une durée de deux ans maximum
- les responsables de projets de recherche devront être membres de laboratoires relevant d'un organisme de recherche
- les recherches peuvent se fonder sur des méthodologies variées, y compris des questionnaires et des descriptions de trajectoires de personnes. Elles peuvent s'appuyer sur ou prendre en compte des données cliniques, épidémiologiques ou statistiques. Elles peuvent inclure une dimension comparative avec la situation d'autres pays européens
- les projets de recherche rassemblant des chercheurs et des acteurs de terrain seront particulièrement pris en considération.

Texte complet de l'appel à projets et dossiers de réponse disponibles

sur les sites de la DREES www.sante.gouv.fr, rubrique « études, recherches et statistiques », puis rubrique « Actualités » et « Appel à projets de recherche » et de la CNSA www.cnsa.fr ou sur demande par mail à isabelle.madelenat@sante.gouv.fr

Date limite d'envoi des dossiers : vendredi 10 mai 2008

Coordonnées administratives isabelle.madelenat@sante.gouv.fr

Coordonnées scientifiques jacqueline.delbecq@sante.gouv.fr / pascale.ilbert@cnsa.fr

Le partenariat de :



Direction générale de
l'action sociale



Initiative nationale des amis et familles
de malades psychiques

Comment collaborent en vue d'évaluation le psychiatrique et le judiciaire ?

Peut-on parler de collaboration ? Sans la ressource de centres de recherches qui contraignent à l'apport d'information et de discussions, aucune évaluation ne peut se faire. Chacun est toujours susceptible de tirer profit des frontières de services, de tâches, de déontologie, quand un projet de santé publique n'est pas constitué, projetant les compétences et les limites de celles-ci.

Cela dit, il est fort probable que des évaluations, dans le respect des droits, se fassent entre des personnes se connaissant. Comme il y a une littérature grise et non officielle, il existe des relations de travail et d'auto-évaluation des prescriptions et des mesures, de leurs effets.

Quatrième question

Comment la psychiatrie et les psychiatres peuvent-ils répondre aux demandes nouvelles de collaboration qui leur sont faites ?

C'est le passage du soin connu à la construction d'un autre type de soin. Pour que cela soit possible, il faudrait que ce qui traite du soin ne se résorbe pas dans le thérapeutique et que celui-ci ne soit pas l'attribut unique du psychiatre ou du psychologue... thérapeutes. Que l'injonction ou l'obligation soient redéfinies dans le cadre d'une clinique et que soit reconnue au judiciaire et à l'éducatif la possibilité de s'y retrouver. Autant de mutations qui ne se feront pas sans changements vraisemblables de compétences, de tâches et de mission. Autrement dit que ce qui définissait la relation médicale ou médico-psychologique ne se résorbe pas dans le soin.

Plus précisément, aujourd'hui, à la demande d'expertise de dangerosité des délinquants en fin de peine afin de prévenir la récidive ?

Cette question se greffe sur une pratique ancienne en la dépassant : il y a, dans la demande expertale, un avis à donner sur la double dangerosité psychiatrique et criminologique. Souligner qu'il fut un temps où cette dernière était considérée comme relevant de l'expérience unique du magistrat. La différence était qu'une telle demande était faite dans le cours de l'instruction et dans le procès.

La demande d'expertise en fin de peine est à entendre à deux niveaux :

- comme la loi n'est pas rétroactive, il est difficile sinon impossible d'inciter, selon les termes de la loi, un individu à prendre soin de lui-même pour les autres ;
- nous sommes mis devant notre archaïsme qui considérait comme tout à fait possible qu'un délinquant, quel que soit son crime, puisse « purger sa peine » et « mettre fin à sa dette » sans considération de son environnement. Et cela encore, au titre de son droit à l'oubli dans la mémoire de l'environnement ;
- l'urgence dans laquelle nous sommes sur cette question est de fait le produit d'une méconnaissance et d'une idéologie judiciaire. C'est-à-dire d'un système s'autosuffisant ;

- à la question de la dangerosité, il faut opposer une autre entrée afin de la rendre opératoire : les auteurs d'agressions à caractère sexuel nous ont mis tout particulièrement devant ce qui s'avère aujourd'hui une évidence. C'est leur vulnérabilité et leur fragilité défensive qui les rend à risque pour les autres. Vulnérabilité qui amène certains à une pratique de l'autogestion tout à fait satisfaisante et à bénéfique secondaire. L'opacité des transactions d'équipe a encore été largement prouvée lors d'une dernière affaire qui a fait grand bruit. On peut de fait avancer que c'est également la vulnérabilité de telles équipes qui produit des situations à risque.

Travailler sur la dangerosité des délinquants en fin de peine afin de prévenir la récidive doit interroger d'abord et en urgence l'effectivité des mesures ou des prescriptions qui ont pu être faites. En second lieu, la capacité d'une équipe à partager un savoir et donc de se mettre en condition de le faire.

« La prévention de la récidive » est une notion trop précise et trop vague. Trop précise, car elle renvoie à la hantise d'une réitération, trop vague parce qu'elle ne dit rien des conditions existentielles et d'environnement qui prédisposent à une telle réitération (réitération du même, du semblable ?).

« En fin de peine » veut dire quoi en termes de temporalité et de limites ? Un mois ? Quatre ans ? ... S'il ne fait pas de doute que certains délinquants, par leur structure psychique et l'expérience accumulée dans leurs relations aux autres, se comportent dans l'ignorance de toute altérité et ont pris leur temps pour apprendre à réitérer, il ne fait pas de doute non plus que cette permission qu'ils se donnent est largement marquée d'une certaine impotence institutionnelle : une inefficacité à produire du cadre.

Et que faire d'une expertise de dangerosité quand les contextes sociologiques de contraintes ne trouvent comme recours que de « pénitentiariser » le corps médical ou l'espace de soin ? N'est-ce pas entrer une nouvelle fois dans une confusion des pouvoirs et trouver une légitimité à l'enfermement renouvelé sous le prétexte scientiste d'une aptitude médicale à transformer le monde... à le remettre dans des rails ?

Certes, on doit reconnaître malgré tout qu'il y a là une avancée : la prévalence donnée à un fait de dysfonctionnement psychique oblige à aller voir du côté de la singularité et de la subjectivité, d'un engendrement ancien. Mais elle oblige, en même temps, à reconnaître qu'une telle condition ne se prend en compte que dans des contextes privilégiés : l'environnement n'est pas « négligeable » et compte pour une large part dans le changement ou son contraire.

La psychiatrie (et là je cite psychiatres et psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux) est-elle à même de penser cette nouvelle organisation ? Être partie prenante dans l'édification de structures qui, loin d'être des hôpitaux-prisons, seraient des établissements non pour peine, mais de maintien du lien social, de l'humanité de l'homme dans une logique qui ne serait plus celle du tout ou rien, mais du encore possible ? Les inerties institutionnelles et les stratégies sécuritaires prévalentes risquent fort d'invalider une telle exigence éthique.

Conclusion page 24

Quels rôles pour le psychiatre et pour la psychiatrie ? Un remarquable consensus.

Au moment de la rédaction du questionnaire, nous avions imaginé être conduit, une fois leurs réponses reçues, à établir un tableau qui indiquerait les points de consensus et ceux de dissensus chez nos correspondants. Force nous est de constater, comme aurait pu également le faire les lecteurs, que si les cinq psychiatres et les deux psychologues interrogés ont répondu chacun du lieu d'observation et de pratique qui est le sien et avec sa sensibilité propre, ils s'accordent tous sur l'existence d'une frontière. Celle-ci qui sépare, d'une part, ce dont ils se sentent capables et sont donc tenus d'assurer, comme soins et comme souci, au service d'individus qui, criminels, restent avant tout pour eux des malades - tout ce qui est donc de leur compétence de médecins et d'experts - et, d'autre part, ce qui excède leurs savoirs et les pouvoirs de leurs pratiques. Il y a du « possumus » et du « non possumus » dans leurs réponses.

Leur position sur l'expertise de la dangerosité est particulièrement démonstrative à cet égard : ou bien le délinquant n'est pas un malade psychiatrique, et ils n'ont aucune opinion à formuler sur son sort judiciaire et les moyens choisis par la société et la justice pour se défendre contre lui ; ou bien il est malade, et leur intervention s'ouvre sur l'appréciation du mal et la mise en œuvre de thérapeutiques à l'efficacité éventuelle ; sur l'exercice attentif de leurs connaissances cliniques ; sur un diagnostic et un pronostic qui, en aucun cas, ne saurait être prédictif au-delà de ce qu'autorisent leurs connaissances de la psychopathologie et de

ce que permettent d'espérer des traitements qui restent actuellement aléatoires. Si un des psychiatres (Bernard Cordier) s'aventure à penser que l'évaluation de la dangerosité, et donc sa prédiction, est possible, il le dit sous condition que le psychiatre ne soit pas le seul clinicien à faire ce pronostic. Telle est aussi la position de André Ciavaldini quand il énumère un requisit minimal dont les différents termes font actuellement défaut. Pour sa part, J.-L. Senon évoque l'entrée en lice d'équipes « surspécialisées » et volontaires...

Ce qui est le plus remarquable est sans doute la mesure avec laquelle, fixant les limites de leur engagement qui sont celles de leurs connaissances et de leurs pouvoirs, il n'est jamais question pour aucun de baisser les bras et d'abandonner les délinquants malades - récidivistes ou non, à la dangerosité criminologique établie ou non. Tous insistent sur un engagement qui les inclue dans une équipe où leur rôle ne devient réellement efficient que s'ils trouvent à s'épauler sur les autres protagonistes du soin et du social.

Tous soulignent également l'importance de nos ignorances dans le domaine des infractions à caractère sexuel et l'étendue du champ des connaissances, des recherches et des expériences à acquérir. Ils dressent un cruel état des lieux des raisons de leurs impuissances actuelles. L'épidémiologie fait défaut. La recherche clinique fait défaut. La formation fait défaut. L'engagement en nombre des psychiatres et des psychologues fait défaut. Les dispositifs agréant les divers protagonistes du soin et du souci font défaut. Tous, ils se trouvent en situation de bricolage, ils font avec les moyens du bord et ont le sentiment que ce qu'« on » exige d'eux, « on » ne leur en donne guère les moyens. Ils se refusent à être au service aveugle de pouvoirs quels qu'ils soient ; ils marquent le souci constant d'une « éthique clinique » que les psychiatres de la libération avaient conçu et qui fait, exigence toujours présente, qu'ils puissent continuer à croire à la psychiatrie - et nous avec eux.

Raymond Lepoutre

La lettre
de la
Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :
Serge Kannas

Rédacteur en chef :
Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :
Sophie Baron Laforêt, André Ciavaldini, Bernard Cordier,
Gérard Dubret, Catherine Paulet, Jean-Louis Senon,
Loïck M. Villerbu, Raymond Lepoutre

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Téléphone 01.53.94.56.90 -
Télécopie 01.53.94.56.99.
E-mail : mission@mnaasm.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :
www.mnaasm.com

S O M M A I R E

P2

Réponses au questionnaire de
Sophie Baron Laforêt

P5

André Ciavaldini

P11

Bernard Cordier

P12

Gérard Dubret

P16

Catherine Paulet

P18

Jean-Louis Senon

P19

Loïck M. Villerbu

P24

Quels rôles pour le psychiatre
et pour la psychiatrie ?
Un remarquable consensus
Raymond Lepoutre

PLURIELS