

QUI SONT LES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES ET QUELLES STRATEGIES DE SOINS EN PRISON

15èmes journées de rencontre nationale des CMP

Paris, 11, 12 et 13 mai 2009

Mr Pradel Edouard, Infirmier diplômé d'Etat, D.U. de Criminologie Clinique, SMPR Grenoble-Varces, Référent Régional ARTAAS et membre du Conseil d'administration. pradel.edouard@gmail.com

pPréambule introductif

La prise en charge d'auteurs de violences sexuelles nous confronte, nous soignants, de plus en plus à plusieurs questionnements. Je voudrais en discerner deux particuliers avec vous aujourd'hui : le premier sur notre rôle, un second sur un plan éthique.

C'est un peu comme cela que j'avais envie d'être avec vous ce jour. Je pense que vous pouvez être pareillement confrontés, dans vos prises en charge au quotidien. Vous devez depuis quelques années accueillir une nouvelle population, qui vient vers vous, en vous présentant une seule demande judiciaire de soins. Cela vient souvent se rajouter à votre file active déjà bien lourde de patients avec lesquels il faut lutter au quotidien pour prévenir une nouvelle crise

Le rôle soignant est avec cette nouvelle population de travailler en l'absence de demande spécifique de soin. Elle vient vers nous par une incitation tierce, sous les termes d'injonction de soins. Le soignant peut s'en trouver quelque peu lui-même sous contrainte, dans l'exercice d'un soin pénalement obligé, dont la visée sociale serait sécuritaire, dans le cadre de la réduction de la récidive. C'est ce qui peut réellement poser question pour distinguer avec elle un rôle qui reste soignant et qui nous permet de conserver notre éthique.

Pour tenter d'apporter réponse à ces questionnements, je me propose de parcourir avec vous des éléments qui nous permettront une meilleure compréhension. Ainsi, nous pourrions peu à peu voir que ce cadre n'est pas forcément contradictoire avec un soin. Et même, nous aide à travailler.

Toutefois, je ne veux pas user d'angélisme, il nous faut réellement définir un cadre de soin et lutter pour sa reconnaissance, que ce soit en face du sécuritaire ou en face de la violence problématique du patient.

C'est dans cette visée que j'ai répondu positivement à la demande de formation d'aujourd'hui, ayant, avec une consœur suisse, élaboré une intervention qui est en train d'être présentée au Congrès International Francophone sur les Aggressions Sexuelles à Montréal et dont je me servais comme fil rouge cette après-midi.

Voyons donc ce que nous avons au menu

Plan de l'intervention

Préambule introductif	p. 1
Qui sont les délinquants sexuels ?	p. 3
Une population pénale	p. 3
Le vaste phénomène de la violence sexuelle	p. 4
L'ampleur judiciaire	p. 5
Une population en marge de la psychiatrie	p. 6
L'investissement clinique	p. 7
Cadre historique et géographique de l'investissement	p. 7
L'investissement clinique	p. 8
Des éléments de compréhension clinique	p. 9
Un cadre législatif de soins	p. 10
Le dispositif de soins	p. 12
La vie en détention des A.V.S.	p. 13
Une amorce de soin, l'accueil	p. 14
Un soin spécifique aux A.V.S.	p. 14
Un éventail de soins possibles.....	p. 14
Une articulation des soins avec la justice	p. 16
Une hypothèse d'élaboration de la problématique d'articulation ...	p. 16
Un partenariat obligé	p. 17
Un cadre de soins à définir	p. 17
Un soin en face du sécuritaire	p. 18
Un soin en face de la violence	p. 19
Conclusion	p. 20
Des questions de fond qui peuvent persister	p. 20

Qui sont les délinquants sexuels ?

Et d'emblée, pour essayer de vous faire une définition aujourd'hui, j'étais coincé sur un problème de vocabulaire. Comment les dénommer pour les définir. Lorsque j'ai vu le titre de l'intervention qui m'était demandée, je me suis dit que cela ne me convenait pas. J'étais dans un dilemme, celui de me dire comment je les nomme moi et comment on me demande de les nommer.

En effet, toute formulation (agresseur sexuel, violeur, délinquant sexuel) est en fait sujette à caution dans la mesure où elle semble supposer qu'il s'agit d'une symptomatologie inhérente à une structure mentale, un type de personne, une idiosyncrasie. Or, il n'en est rien : la plupart des agressions sexuelles sont commises par des hommes des plus communs qui ne récidiveront pas. Nous y reviendrons plus tard.

Plus habitué à les nommer auteurs d'agressions sexuelles, ou auteurs de violences sexuelles, je me disais quand même que ce n'était pas inutile de les nommer délinquants sexuels car cela me permettait d'entamer mon intervention comme il se devait, par son commencement judiciaire.

Une population pénale

Il s'agit avant tout d'une définition juridique, une catégorie déterminée par le Code Pénal. Nul acte délinquant ne peut être considéré comme tel, s'il n'est pas écrit dans la loi. Il s'agit donc d'hommes qui ont transgressé la loi en commettant un ou plusieurs faits, appelés délits ou crimes, au regard de la loi, ou alors sont susceptibles de l'avoir commis.

Délits et crimes sont eux-mêmes distingués non pas seulement sur une notion de gravité mais comment ils vont pouvoir être traités juridiquement. Certains faits, pourtant graves, et relevant de la notion de crimes, vont finalement être requalifiés comme délits et ce pour une question d'être moins sujets à subjectivité lors du jugement par un juge et ses assesseurs, que par un jury populaire.

Soit, ce n'est pas trop notre sujet d'aujourd'hui, listons simplement ces infractions.

INFRACTIONS	TEXTES
Atteintes volontaires à la vie aggravées par un viol	
Meurtre précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie	Art. 221-2 et 221-9-1
Assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie	Art. 221-3 et 221-9-1
Agressions sexuelles	
Viol	Art. 222-23 et 222-48-1
Viol aggravé par l'une des circonstances prévues à l'art. 222-24, 1° à 8°	Art. 222-24 et 222-48-1
Viol ayant entraîné la mort de la victime	Art. 222-25 et 222-48-1
Viol précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie	Art. 222-26 et 222-48-1
Agression sexuelle autre que le viol	Art. 222-22, 222-27 et 222-48-1
Agression sexuelle aggravée par l'une des circonstances prévues aux art. 22-28 et 222-30	Art. 222-22, 222-28 à 222-30, 222-31 et 222-48-1
Tentative d'agressions sexuelle (simple ou aggravée)	Art. 222-22, 222-31 et 222-48-1
Exhibition sexuelle	Art. 222-32 et 222-48-1
Mise en péril des mineurs	
Corruption de mineur (simple et aggravée) et tentative	Art. 227-22 et 227-31
Exploitation (simple et aggravée) et recel de l'image pornographique d'un mineur	Art. 227-23 et 227-31
Atteinte à la moralité d'un mineur par fabrication, transport, diffusion, commerce de messages pornographiques	Art. 227-24 et 227-31
Atteinte sexuelle sur mineur de (moins de) quinze ans	Art. 227-25 et 227-31
Atteinte sexuelle sur mineur de quinze ans, aggravée par l'une des circonstances prévues à l'art. 227-26, 1° à 4°	Art. 227-26 et 227-31
Atteinte sexuelle sur mineur de plus de quinze ans et non émancipé par le mariage	Art. 227-27 et 227-31

Pour autant, cela ne reflète que la partie émergée de l'iceberg, de l'immense ampleur du phénomène de la violence sexuelle, n'évoquant que la partie prise en compte par la loi. Accordons-nous un détour

Le vaste phénomène de la violence sexuelle

La violence sexuelle existe depuis la nuit des temps, depuis que l'humain existe. Elle est présente dans tout groupe humain, voire dans tout rapport humain.

L'Organisation Mondiale de la Santé en a donné une définition très claire en 2002 : « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec sa victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail*¹ ».

Les violences sexuelles ont de profondes répercussions à court et long termes sur la santé physique des victimes. Elles peuvent causer des blessures corporelles, provoquer des problèmes de santé sexuelle et reproductive et être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles ou de grossesses non désirées. Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves et peuvent produire des effets négatifs durables, y compris des dépressions, des tentatives de suicide.

En outre, de tels actes influent sur le bien-être social des victimes, celles-ci étant stigmatisées et mises au ban de certaines sociétés. Outre les conséquences pour la victime elle-même, les violences sexuelles ont des répercussions directes sur le bien-être de la famille et de la communauté.

Enfin, elles peuvent induire un Etat de Stress Post-Traumatique, duquel la victime peut survivre en ayant elle-même recours à des actes, des conduites auto et hétéro-agressives et commettre à son tour des agressions sexuelles.

Les chiffres que nous avons de la violence sexuelle proviennent de la police et des instances juridiques, des services médicaux, des organisations non gouvernementales (Droits de l'Homme, organismes humanitaires, juridiques, etc.), des associations internationales, nationales et locales (associations contre la violence, associations de femmes, associations des Droits de l'enfant, etc.), d'enquêtes et d'études. Les données ainsi recensées par ces différentes sources sont souvent incomplètes. En effet, bon nombre de victimes ne dénoncent pas. Elles ne disent souvent même pas à autrui qu'elles ont subi un acte de violence sexuelle. Pourquoi cela ?

On peut d'emblée évoquer la honte. Mais il y a aussi beaucoup d'autres phénomènes qui empêchent cette verbalisation, parmi lesquels nous pourrions citer :

- elles se sentent coupables
- elles craignent d'être tenues pour responsables, ou avoir participé à ce que l'acte se fasse
- elles appréhendent de ne pas être crues
- elles appréhendent d'être maltraitées ou tuées
- elles redoutent d'être punies (opprobre, voire lois populaires)
- elles redoutent les représailles de la part de l'agresseur
- elles redoutent des suites, ou que l'agresseur s'en prenne de la même façon sur un proche, ...

¹ Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2002

La victime est d'autant laissée dans la confusion que la violence sexuelle est bien souvent commise par un proche d'elle, une connaissance, un membre de la famille, ou d'une personne jouissant de sa confiance. Ce qui rajoute en subjectivité, et rejoint un peu l'idée donnée d'un jugement populaire parasité, que celui-ci soit dans sa communauté, ou même, comme je vous le signifiais tout à l'heure, devant une Cour d'Assises.

Tout autant, il doit être pris en compte des notions de contextes sociaux dans lesquels elles sont perpétrées. Elles ne pourront pas être également considérées quand elles se produisent lors de conflits armés, les guerres affectant de plus en plus les populations civiles ou en temps de paix sociale.

Les différents contextes où s'exercent le plus fréquemment les violences sexuelles sont :

- le foyer,
- les grands centres urbains (dans un certain contexte de paupérisation),
- les lieux de travail,
- les établissements scolaires,
- le milieu médical,
- les conflits armés,
- les lieux de détention.

Enfin, les données ne donnent pas non plus l'ampleur du phénomène car elles ne décrivent pas le polymorphisme que cette violence peut révéler. On distinguera donc plusieurs catégories :

- les viols (conjugal, commis par un étranger à la personne, opportuniste en temps de guerre, collectif, ...)
- les agressions sexuelles sans contact (exhibitionnisme, propos obscènes, avances sexuelles importunes, harcèlement sexuel, ...)
- La prostitution forcée et la traite des êtres humains à des fins sexuelles
- Les violences sexuelles « coutumières » (mariage précoce, initiation sexuelle forcée, mutilations sexuelles, contrôle du corps par autrui, viol comme « punition » culturelle, actes sexuels rituels imposés par la sorcellerie, relations beau-père/belle-fille, ...)

Je ne vais pas aller plus en avant, ni vous faire un catalogue. Mais je désirais vous démontrer par cela que la violence sexuelle existe partout. Et quelle que soit la forme qu'elle revêt, elle est tout autant dévastatrice, agissant tel un traumatisme et lui rajoutant un caractère indicible, tu, mis en secret. La violence touche plus facilement les femmes et les enfants, généralement plus vulnérables dans les situations précaires.

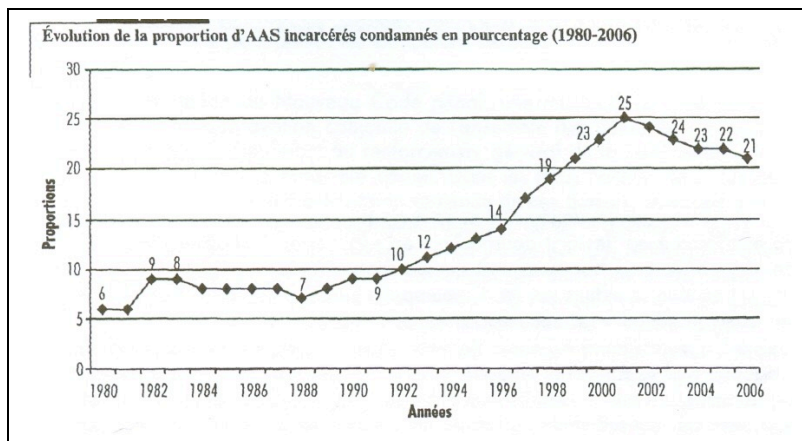
Elle se situe donc au cœur de la cité et très souvent même au plus près de nous. Aussi peut-elle se rencontrer auprès de la population que l'on reçoit en tant que soignants, et elle devrait pouvoir être recherchée derrière les difficultés de parler de son intimité.

L'ampleur judiciaire

Soit, revenons à nos délinquants sexuels, reprenons notre orientation première. Je voudrais quand même décrire une dernière notion de l'ampleur du phénomène, celui de la prise en charge judiciaire. Les infractions à caractère sexuel ont quant même de plus en plus été dénoncées depuis une vingtaine d'année. Nous pouvons en comprendre certaines raisons, notamment la libération de la femme, la libération sexuelle, et d'autres possibilités

accrues de parler de son intimité. Mais il y a aussi des phénomènes d'exemples : la judiciarisation médiatisée de plusieurs affaires ont permis la révélation d'autres faits cachés dans l'intimité des familles.

Ainsi, bon nombre de délinquants ont été traduits devant la justice et jugés ces vingt dernières années et ont fait augmenter leur proportion dans la population incarcérée et/ou soumise à des suivis judiciaires. En ce qui concerne les incarcérations, on peut voir cette évolution par le tableau suivant :



Voilà donc une définition à peu près bien claire de la délinquance sexuelle par son aspect sociologique et judiciaire. Pour autant, nous n'avons pas définition aussi claire dans notre milieu médical. Nous allons donc en approcher les contours. Mais on ne peut pas dire autrement : il s'agit d'une population en marge de la psychiatrie.

Une population en marge de la psychiatrie

Je ne veux pas lancer aujourd'hui avec vous un débat d'idées sur la qualification psychiatrique de cette population. J'aborderai dans le prochain chapitre quelques éléments de compréhension clinique possible à son sujet. Il s'agit ici de montrer d'un point de vue d'épiphénomène que la psychiatrie a eu, et a sans aucun doute encore, du mal à s'intéresser à cette population.

D'emblée, une prise en charge n'est pas facilitée par son origine tierce. Ce n'est pas en effet la personne elle-même qui demande. Mais ce n'est encore moins un proche agissant dans l'intérêt de la personne ou un trouble à l'ordre et à la sûreté de la personne et de son entourage. Il s'agit d'une demande exprimée par la justice.

Mais cette appréhension ne date pas d'aujourd'hui. Une idée perdue en effet depuis longtemps, issue d'une conception dix-neuviémiste de la psychiatrie. Elle nomme funestement l'auteur d'agression sexuelle « pervers ». Elle le classe ainsi, dans une catégorie d'anormalité, produit sans doute d'une dégénérescence héréditaire, qui tend à rendre le sujet responsable, inamendable et inéducable.

En même temps, des conceptions criminologiques persistent dans le sens d'une pareille distinction d'anormalité. Même avec l'avancée des sciences, on assiste toujours à quelques hypothèses, mouvances selon lesquelles parfois on aurait découvert un gène marqueur de la délinquance, ou qu'un dépistage en classe de maternelle d'une certaine hyperactivité serait une amorce de la prévention de la délinquance. Je ne vais pas passer en revue toute la panoplie de théories plus ou moins controversées des sciences de l'homme.

Cela dit, qui peut dire qu'on ait véritablement évolué, entre le « criminel né » de Lombroso², à l'origine de la science criminologique du milieu du 19^{ème} et certaines allégations que notre Président utilise, intervenant aux premières lignes lors de la médiatisation forcenée de faits divers, graves mais humains, à propos de ces fous furieux et pervers qui s'en prennent à l'innocence de l'enfance ?

Que penser aussi d'une politique sans cesse renchérissant sur la sûreté, sur le risque zéro, avec toujours plus de répression sur les auteurs ? une politique semblant vouloir apporter à tous ses citoyens assistance et solution à toutes leurs misères, et qui produit seulement qu'une grande confusion, un grand amalgame entre tous les agresseurs ? Cette politique-là ne sert qu'à légitimer une répression toujours plus forte, et n'aide pas le soignant à accueillir dignement une personne qui serait par elle très stigmatisée.

Pour autant, l'objet des sciences criminelles, de la criminologie telle qu'elle est pratiquée en France, c'est-à-dire au carrefour de nombreuses sciences, et parmi elles la psychiatrie, s'est métamorphosé. Il a peu à peu évolué, partant du « criminel », passant par le « comportement criminel » et s'intéresser finalement à la « personnalité de l'auteur du crime », tout en incorporant celui-ci dans son environnement, pareillement étudié.

Des études très diverses ont été menées là-dessus. Pour ce qui nous concerne, une grande étude, en France, a permis de distinguer des généralités cliniques au sujet des auteurs d'agressions sexuelles.

L'investissement clinique

Cadre historique et géographique de l'investissement

Proposer des soins aux délinquants sexuels n'était pas la première préoccupation pour la psychiatrie, tout comme aux délinquants en général, car ceux-ci ne forment pas une pathologie stricto sensu et ce n'est pas pour cela qu'elle est rentrée en milieu carcéral.

Pour autant, schématiquement, que s'est-il passé depuis ces quarante dernières années, entre un démantèlement des asiles, des crédits alloués de plus en plus réduits et bien d'autres décisions politiques ? Une population de malades mentaux s'est retrouvée avec cela en errance, finissant par commettre des délits pour survivre ou les effectuant dehors, n'étant plus contenue par l'institution.

Certes, celle-ci ne représente pas entièrement la population carcérale. Des données ont été formulées mais pourraient être critiquées dans leur valeur, l'accroissement pouvant être induit par un meilleur dépistage de populations en marge de la société avant leur incarcération. Mais c'est avec le constat d'arrivées de plus en plus grandes de malades mentaux que sont nés les C.M.P.R, par une circulaire de 1977³, ainsi que l'H.O. D.398⁴.

Ainsi, la psychiatrie est allée œuvrer chez l'autre, et prendre peu à peu en compte des problématiques psycho-pathologiques au sein de cette institution. Une émergence de théorisations cliniques, parmi lesquelles je pourrais citer les conséquences de l'enfermement mais il en existe beaucoup d'autres.

² Lombroso C, L'homme criminel, Etude anthropologique et psychiatrique, Turin, 1887

³ Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977

⁴ Code de procédure pénale, art. D.398

D'autres problématiques ont été l'objet de l'intérêt de la psychiatrie. L'arrivée massive de toxicomanes, par exemple. Avec eux, est venue aussi la grande problématique du SIDA. Cela a été l'avènement d'une interrogation des pouvoirs publics sur le soin en prison, somatique et psychique.

Peu à peu, une légitimation de services soignants s'installant dans ces lieux s'est effectuée. Une grande avancée a notamment été effectuée, suite à un rapport du Haut Comité de Santé Publique, par la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé et à la protection sociale et sa circulaire d'application, circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 08 décembre 1994, relative à la prise en charge des détenus et à leur protection sociale, et guide méthodologique. Ces deux textes fixent les modalités d'ouverture d'une UCSA au sein de chaque établissement pénitentiaire, ainsi que les conditions de son fonctionnement.

Les grands changements opérés sont les suivants :

- Changement d'acteurs : prise en charge sanitaire désormais confiée à du personnel hospitalier, et non plus du personnel détaché comme auparavant
- Généralisation de la protection sociale avec affiliation, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité, au régime général de sécurité sociale
- Renforcement notable des moyens
- Prise en charge globale : le dispositif de soins recouvre les aspects somatiques et psychiatriques. Il inclut la dimension préventive et curative, ainsi que la préparation de relais sanitaires au terme de la période d'incarcération
- Equipe soignante hospitalière indépendante de l'administration pénitentiaire : la mission du médecin auprès des détenus est celle de tout médecin traitant. La confidentialité de sa relation avec le patient relève du strict secret médical. Les règles de déontologie médicale et pharmaceutique s'appliquent pleinement, même si les impératifs de sécurité s'imposent à tous
- Complémentarité des missions des personnels sanitaires et pénitentiaires : la poursuite d'un objectif commun de promotion de la santé des personnes détenues implique une étroite collaboration, dans le respect des missions de chacun

Pour en revenir à ce qui nous concerne aujourd'hui, l'arrivée massive, comme conséquence, nous l'avons vu, à plusieurs évolutions sociales, d'auteurs d'infractions à caractère sexuel a intéressé certains psychiatres, notamment un que je citerai en exemple, Claude Balier, d'une part en rapport aux travaux qu'il a initiés et d'autre part parce que je voudrais lui faire comme à chaque fois un petit clin d'œil. Il est en effet le président d'honneur de l'association ARTAAS et a exercé la grande majorité de sa carrière au SMPR de Varcès, où je travaille.

L'investissement clinique

Au cours des années 80, Dr Balier⁵, face à cette augmentation significative de personnes incarcérées pour viols et attentats aux mœurs, s'est peu à peu penché sur la qualification et la clinique des gens accueillis en soin.

Les pouvoirs publics, tant judiciaires que de santé, placés, devant une responsabilité éthique, que ce soit face aux victimes à qui il convient d'apporter une aide thérapeutique, ou face aux agresseurs qu'il convient de prendre en charge, tant pénalement que thérapeutiquement, afin de protéger d'une éventuelle récidive tous les citoyens, enfants et adultes, victimes potentielles, l'ont progressivement chargé d'instaurer une commission se questionnant sur l'articulation des deux milieux.

⁵ Balier C, Psychanalyse des comportements sexuels violents, PUF, Fil rouge, Paris 1996

Parallèlement à l'émergence d'études notamment québécoises, basées sur le comportementalisme, s'est mise en place une recherche-action, sous son égide, avec André Ciavaldini et Martine Girard-Khayat⁶. Cette recherche-action a été effectuée par de nombreux SMPR de France. Cette recherche, le Questionnaire d'Investigation Clinique des Personnes Auteurs d'Aggressions Sexuelles, s'inscrit dans une optique thérapeutique, selon un axe de compréhension psychanalytique.

Elle est partie d'une hypothèse générale, selon laquelle le délit sexuel n'est pas exclusivement l'œuvre de personnalité à organisation "perversive". L'acte délictueux ne doit pas masquer ce qu'il représente pour le sujet qui l'accomplit, à savoir la mise en œuvre d'un mécanisme de sauvegarde psychique et non un simple système de réponse à une excitation.

L'objectif sous-jacent à ce travail de recueil des données était de mobiliser les volontés des membres des équipes autour d'un projet de recherche permettant de développer une meilleure compréhension de ce type de criminalité et donc une meilleure efficacité thérapeutique.

Ce qu'il a permis de découvrir, nous allons le voir maintenant.

Des éléments de compréhension clinique

Je ne veux pas m'aventurer dans une théorisation trop lourde mais je voudrais quand même vous relater des éléments relativement simples d'appréhension clinique de cette population pénale. Car d'emblée, il nous faut passer outre un dilemme, celui du monstre à l'humain :

- *Comment faire exister ces personnes dans leurs actes pour pouvoir les rencontrer ?*
- *Le premier pré-supposé étant de pouvoir reconnaître ces actes comme appartenant à de l'humain.*
- *Dépasser des lectures simplistes de la délinquance : le délinquant se voit, se reconnaît comme différent comme un alien.*
- *Oser rencontrer, s'intéresser à une personne auteur d'infraction à caractère sexuel : c'est le défi aux professionnels qui s'y confrontent une fois les actes nommés socialement.*⁷

La très grande majorité des auteurs d'infractions sexuelles ne relève pas d'une maladie psychiatrique en tant que telle. Leurs symptômes que constituent les agressions relèvent de troubles de la personnalité liés à des angoisses de type narcissique et d'adaptation (dénier de l'autre). La dimension psychopathique est peu présente sinon chez les auteurs de viols sur adultes. Il peut y avoir des pathologies que l'on connaît mieux mais elles sont à côté de la problématique, et beaucoup relèvent de décompensations à l'enfermement (celui-ci agissant comme une crise pouvant favoriser la décompensation).

Le QICPAAS a permis de montrer plusieurs points :

La notion de perversion n'est pas adaptée pour rendre compte de la conduite symptomatique violente sexuelle. Celle-ci n'est pas le symptôme d'une pathologie spécifique mais se rencontre dans presque toutes les configurations psychiques.

⁶ Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M, Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, Direction Générale de la Santé, ministère de la Santé, Paris, 1996

⁷ Baron-Laforêt S., communication ARTAAS, publiée sur <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/DIU%20psy%20crim/sophie%20BL.pdf>

Si les actes convoquent le sexuel par leurs localisations, il s'agit plus de problèmes de violences que de sexualité proprement dite. Claude Balier a ainsi distingué :

- la PERVERSION SEXUELLE construite sur un scénario sexuel ludique
- la PERVERSITÉ SEXUELLE qui utilise le recours à l'acte sexuel violent et le clivage du moi pour éviter l'entrée dans la psychose
- La PERVERSITÉ : représentation de soi fondée sur la destruction physique et psychique de l'autre.

La violence sexuelle, pourtant agir pathologique, constitue le plus souvent, pour son auteur, une **conduite de survie psychique**. Elle vient protéger l'identité fragile de son Moi contre une déstructuration. Et le sujet n'est pas prêt à l'abandonner, cette protection, d'où une répétitivité des agirs et souvent de leurs modes opératoires.

Ce n'est pas une recherche de plaisir mais d'un apaisement qui meut ces sujets. C'est lui qui est recherché afin que s'arrête la montée en charge de la tension interne qui vient menacer leur Moi, dans l'incapacité qu'a leur appareil psychique à mettre en représentation celle-ci.

Sous certaines conditions, l'auteur de violences sexuelles est accessible aux soins. Dans un cadre carcéral, nous avons montré, qu'en utilisant le QICPAAS, qui constitue un tiers dans la relation mais aussi un « aménageur de la relation », c'est plus de un auteur de violences sexuelles sur deux qui devenait demandeur de soins.

Nous pourrions pour continuer évoquer certaines généralités sur leur fonctionnement psychique, mais aussi relationnel :

- une mauvaise définition des limites psychiques
- une difficile reconnaissance de l'altérité, jusqu'à un déni de l'autre
- une faible sensibilité à la culpabilité
- une faible capacité à la verbalisation
- des carences affectives précoces
- des violences subies dans l'enfance, pour la moitié sexuelle, ...

Tout ceci rend quelque peu compte d'un narcissisme défaillant, ce qui ne les aide pas à reconnaître la souffrance psychique favorisant leur recours à l'acte.

Nous n'irons pas plus loin aujourd'hui, je laisserai dans les actes à ceux qui le désirent un ensemble de références théoriques.

Revenons, car l'heure avance, à notre cadre de travail.

Un cadre législatif de soins

Nous parlons aujourd'hui de soins obligés, quels sont-ils ? En quoi le législatif vient nous convoquer pour accompagner par le soin une personne qui n'en voit pas d'emblée la nécessité. Nous allons voir deux choses dans cette partie : d'une part comment le législatif met en place du soin obligé, et la législation particulière en matière de délinquance sexuelle.

Les soins obligés ont de tout temps existé, dans toute société, tendant à pallier aux phénomènes perturbateurs du groupe social, tant sur des problèmes de maladie que sur des comportements déviants. Même dans des sociétés primitives, appelées sociologiquement des « chasseurs-cueilleurs », un système de soin est en place. La

maladie, somatique ou psychique, l'anormalité, n'existent pas. Tout membre de la peuplade reste accepté dans la communauté. S'il présente un symptôme qui n'est pas de coutume, il sera évoqué à son sujet une possession, mieux la manifestation d'un jeu d'une des divinités par lesquelles la société explique sa vie, son environnement, son quotidien.

Le « *chaman* », ou plutôt celui qui est défini comme le guérisseur de la communauté, sera convoqué par le chef du groupe social. Il invoquera alors les dieux pour comprendre. Par cela, ce qu'il fera surtout, c'est mettre en place un moyen de compréhension du signe aux yeux de la communauté pour que l'individu n'en soit pas exclu. Son statut social fait de lui l'homme de sciences, celui qui sait, celui qui sait utiliser les plantes, tant pour rentrer en contact avec les dieux, que pour les inclure dans la pharmacopée, aux fins de remédier au mal présenté.

Je ferme cette parenthèse, ne voulant pas trop faire de similitudes. D'autres faits ressemblent pareillement à ce qu'on connaît de nos jours, tels les quarantaines, où les soins psychiques sont laissés aux mains des ecclésiastes, ou les asiles où l'on enfermait sans différence vagabond, mendiants, petits voyous avec des malades incurables. Nous ne sommes pas des chamans, et nous n'invoquons pas les dieux, ne n'exorcisons ou autres. Mais a-t-on changé depuis de symbolique ?

Avec les soins pénalement obligés, est abordée la notion spécifique de défense sociale. R. Badinter, cité par X. Lameyre⁸ déclarait « *Toute loi est une loi de défense sociale* », cela veut-il dire qu'il n'est pas contradictoire d'apposer une peine de soin, d'obliger quelqu'un à se soigner, pour le bien de la collectivité, alors même que le soin ne puisse se faire qu'avec le consentement de la personne ?

Attardons-nous un petit instant sur ces notions législatives. Les soins pénalement obligés sont entrés dans le droit positif français depuis une bonne cinquantaine d'année.

C'est avec le problème des addictions et de leurs conduites déviantes associées que la société a dû légiférer, en arguant qu'un comportement relève d'une pathologie sous-jacente. Même si celle-ci n'est pas décrite nosographiquement, le comportement est répréhensible pénalement. Aussi est-il normal qu'on envisage un soin. C'est ainsi qu'est née, en 1954, la loi sur les alcooliques dangereux⁹. Cette loi envisage des mesures d'hospitalisation d'office, d'une personne alcoolique qui manifeste des comportements menaçant l'ordre public, sans forcément la présence d'une maladie mentale sous-jacente.

Il en est de même avec la loi du 31 décembre 1970¹⁰, prévoyant une injonction thérapeutique comme alternative de peine vis-à-vis du simple usage de stupéfiants pouvant faire encourir une peine d'un an de prison ferme à son auteur. Là encore n'est pas recherchée une problématique psychopathologique. Cependant, toutes deux la sous-entendent, appelant la science à l'aide.

Le soin pénalement obligé est entré en droit positif en 1958 par le développement des sanctions alternatives à l'emprisonnement, notamment la naissance du Sursis avec Mise à l'épreuve (SME¹¹) avec obligation de soins. Dans ce même temps, se créait l'instance d'application des peines, ainsi que la CPAL, « commission pénitentiaire » d'assistance aux libérés.

⁸ Lameyre X., Pour une éthique des soins pénalement obligés, Sciences criminelles, 2001, 3, p. 527

⁹ La loi du 15 avril 1954 aborde l'aspect du dépistage et du traitement des alcooliques dangereux pour autrui

¹⁰ loi du 31 décembre 1970 de lutte contre la drogue et la toxicomanie

¹¹ Code Pénal, articles 132-40 à 132-42

Une lente évolution s'est faite depuis cette date avec l'extension de cette obligation de soins dans le cadre du contrôle judiciaire en pré-sentenciel. Les obligations de soins se sont amplifiées, ordonnées de plus en plus dans le cadre de contrôles judiciaires, qui évitaient à des personnes d'être incarcérées en préventive.

En 1986, naissance des obligations de soins lors de placements extérieurs.

Une étude de 1994 montre que $\frac{3}{4}$ des AVS connus par la justice sont soumis à une obligation de soins. Qu'est donc venue faire la loi du 17 juin 1998 devant un tel constat ? Les obligations précitées ne touchaient pas les personnes incarcérées en préventive, ni les personnes condamnées.

De plus, cette loi, sur l'injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, prononcé en tant qu'alternative de peine, ou en maintien sous main de justice au-décor de la peine d'emprisonnement a été émise à partir de deux postulats :

- les personnes incriminées, même si elles sont jugées responsables, souffrent de troubles psychiques qui subsistent au décor de la peine d'emprisonnement
- cette persistance de troubles psychiques favorise la réitération d'un acte.

L'Article 706-44 du code de procédure pénale stipule l'évaluation par l'expertise psychiatrique de l'opportunité de l'injonction de soins en vue d'un suivi socio-judiciaire.

Le JAP constitue un organisateur et un facilitateur du soin, mais en pratique le fait-il vraiment ? Théoriquement, lors d'une mesure prononcée de SSJ, le détenu doit être incarcéré dans un établissement où des soins sont organisés et accessibles et le JAP doit revoir le condamné tous les 6 mois et l'inciter, s'il ne l'a pas fait, à aller vers le soin. Le JAP doit suivre la mise en place du soin mais déplore n'avoir aucun moyen d'en évaluer la consistance et l'évolution du détenu de par ce dispositif.

Les légiférations depuis la loi de 1998 opèrent en un changement majeur sur 3 axes :

- sortie du champ réservé à la population des AVS
- moyens de contrôles plus coercitifs
- injonction de soins de plus en plus obligatoire.

Je ne vais pas poursuivre plus loin ce chapitre, notre interlocuteur de tout à l'heure reviendra sans doute plus amplement dessus quand il nous évoquera les dispositifs de sécurité en matière de délinquance sexuelle.

Revenons donc au cadre dans lequel nous mettons en place le soin.

Le dispositif de soins

Face à l'augmentation significative des incarcérations pour délits, je le disais tout à l'heure, des psychiatres se sont intéressés à cette population. La recherche-action en a mobilisé un certain nombre, qui ont décidé de continuer ensemble de promouvoir l'évolution de la thérapeutique en se rassemblant au sein d'une association, et l'ARTAAS a été instaurée.

Ces psychiatres sont allés plus en avant de la thérapeutique mais ont participé également à des commissions santé-justice. Ainsi ils ont pu participer à l'élaboration de la loi de 1998.

Leur postulat soignant était avant tout de montrer l'utilité d'une demande tierce faite par la justice à ces personnes, les incitant à faire une rencontre avec le soin. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette articulation santé-justice. Je voudrais pour l'instant évoquer le dispositif mis en place.

La vie en détention des A.V.S.

Bien qu'ils aient transgressé des lois en commettant des actes graves, la prison ne constitue pas forcément le meilleur lieu où des soins peuvent leur être dispensés. Je ne fais pas cette allégation au hasard et la destine tout aussi bien à l'égard des auteurs de violences sexuelles que des personnes souffrant de graves pathologies qui relèveraient de la psychiatrie.

Je ne sais pas si certains d'entre vous sont déjà rentrés dans un établissement carcéral ou a une idée de la violence des lieux. Il est vraiment de mise de dire que ce milieu n'est pas très propice au soin.

Pour vous le décrire un peu, j'aimerais vous raconter ce que peut vivre un auteur de violences sexuelles en prison en me servant d'un paragraphe de texte écrit par Sophie Baron-Laforêt, en 2000, dans un ouvrage collectif sur les A.V.S.¹² :

« Les criminels et délinquants sexuels sont repérés en prison par le reste de la population pénale. Les « pointeurs », comme ils sont nommés, ont besoin d'être identifiés et maltraités par les tenants de la loi parallèle psychopathique. Pour que ces derniers, les psychopathes, puissent entrer et sortir de prison sans que cela n'entrave leur vie quotidienne, ils veulent la garantie que l'on ne touchera ni à leur femme (l'entendre comme la mère, leur mère et celle de leurs enfants), ni à leurs enfants. Ainsi, les auteurs d'infractions sexuelles subissent, à l'intérieur de la prison, une pression importante pour que le motif de leur incarcération soit connu. Ils peuvent faire l'objet de racket, de violences physiques (coup, bagarres en cours de promenade, en atelier, sous la douche), voire de violences sexuelles (subir un viol à l'identique de ce qu'ils ont commis, constitue l'exercice d'une punition immédiate par le milieu sans tiers ni symbolisation). Cette pression est en partie le reflet et la caricature de propos entendus au dehors de la prison, et elle vient agir ce que certains n'osent penser. Le climat relationnel va donc varier selon la façon dont le personnel pénitentiaire, sans son ensemble, le gèrera. Soit ce climat de pression sera considéré comme un élément inéluctable qu'il faut gérer ; soit, sans l'ignorer, le personnel poursuivra des objectifs qui sont les siens, selon les lieux, les personnes concernées, les temps de la peine. Cette dernière position sous-entend de pouvoir se distancier de cette pression quotidienne, de l'horreur suscitée, du rejet et du sentiment de doute sur les mesures proposées à ces délinquants sexuels.

Intervenir comme soignant dans un tel contexte suppose de s'interroger sur sa place de soignant mais aussi sur les rôles qui ne sont pas les siens. Cela vient souligner l'importance de l'appartenance à un projet et à un travail d'équipe ».

Sans commentaires ...

Une amorce de soin, l'accueil

¹² Baron-Laforêt S, In Balier C, Ciavaldini A. & coll, Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Masson, Pratiques en psychothérapie, Paris, 2000, p. 122-123

Un projet peut être précisément d'accueillir la personne en tant qu'éventuel patient, notamment en se référant à nos différents codes de déontologie, que nous avons chacun de nous, même si nous ne partageons pas les mêmes statuts.

C'est aussi ce que nous permet, et nous avons cette chance en France, la Loi du 18 janvier 1994¹³, notamment quand elle indique, dans son guide méthodologie de décembre de la même année, remis à jour en 2004¹⁴, l'indépendance des corps sanitaires venant intervenir en milieu pénitentiaire et y dispenser un soin dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur.

Nous devons donc accueillir cette personne sans jugement, dans le seul souci de lui prodiguer un soin. Et cet accueil est primordial en matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles. C'est une invitation à la rencontre, une invitation à prendre soin de soi qui lui est proposée et non imposée. Et là aussi, la loi nous aide en France, car aucun soin n'est obligatoire en prison.

Même si cela n'accroche pas au premier coup, ce premier accueil doit avoir été un moment agréable, sans trop de gravité, tout en gardant une certaine pertinence. L'accueillant doit toujours avoir à l'esprit de ne pas dégoûter la personne d'un soin éventuel futur.

Un soin spécifique aux A.V.S.

L'indépendance se traduit également par la définition d'une orientation thérapeutique. Cette orientation s'est profilée au fil des années grâce aux divers travaux et expériences faits dans le monde entier, notamment dans les pays francophones. Elle est la même quelle que soit la stratégie adoptée, cognitivo-comportementaliste, de réhabilitation psychosociale, psychodynamique ou systémique.

En matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles incarcérés, le soignant va effectuer avec le sujet un soin qui investit tout un ensemble de composantes singulières à la prise en charge de celui-ci :

- Travailler sur ce que les actes et/ou leur cessation produisent
- Accompagner vers le procès
- Accompagner autour de la vie en détention, avec la rupture sociale que celle-ci engendre
- Maintenir une dynamique appropriée, à minima consentie, des soins
- Faire faire une expérience qui permette au sujet de voir peu à peu comment il peut éviter un recours à un acte
- Accompagner vers la sortie avec un relais de soin.

Un éventail de soins possibles

La loi du 18 janvier instaurait les mêmes dispositifs sanitaires que pour la population générale rentrant dans le milieu carcéral, rendant ceux-ci indépendants et leur donnant la liberté d'entreprendre tout type de soins.

Cela dit, nous ne pouvons, et cela nous le devons à la personne, faire d'elle l'objet d'expérience

¹³ Loi du 18 janvier 1994, relative à la protection sociale et la santé des personnes détenues

¹⁴ Circulaire du 08 décembre 1994 et guide méthodologique, revu en septembre 2004

de recherche¹⁵. Tout soin doit également être soumis au consentement de la personne détenue¹⁶.

Hormis ce cas de figure, nous avons une panoplie possible de soins divers et variés comme nous pourrions l'avoir dans une structure hospitalière. Des désagréments ou des difficultés se connaissent cependant parce que nous ne sommes pas dans nos murs. Il nous faut respecter les consignes et règles pénitentiaires, notamment en ce qui concerne les mouvements, horaires de consultation, lieux, mais aussi sur les regroupements pour lesquels l'administration pénitentiaire est très réticente et ainsi ne nous facilite pas les soins groupaux.

Autrement, il est question, en matière de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, de privilégier un soin qui ne se fasse pas de manière isolée. La clinique particulière de difficultés à reconnaître l'altérité, mais aussi la clinique d'un agir venant à la place de verbalisation engendre des soins isolés qui peuvent être très parasités, soit dans un ronronnement rapide qui fasse l'économie de la mise en travail, soit une complicité des dénis, soit une volonté de destruction. *« A cet effet, réunions, discussions de cas, supervisions sont autant de temps, de partage et d'échange, qui permettent un recul parfois mis à mal par des phénomènes d'emprise ou de sidération engendrés par ces patients¹⁷ »*.

En guise d'exemples de soins, je pourrais vous faire part rapidement de mes expériences de terrain. En prenant mes fonctions en 2002 à l'UCSA du centre de détention d'Uzerche, je prenais moi-même connaissance clinique de cette population carcérale et me demandais bien ce que j'allais pouvoir faire avec eux. Je me rendais très vite compte qu'avant ce qui pouvait être du sexuel, c'était bien la relation à l'autre qui était très problématique. J'étais tout aussi intimement en difficulté d'entrer avec eux au cœur du sujet. J'avais beaucoup de mal à me retrouver sur le terrain à l'instar de ce que je pouvais lire et entendre de l'expérience d'autres professionnels.

Je commençais des soins dans un sentiment d'être profondément isolé et de ne faire qu'un constat que de tels entretiens ne profitaient ni à moi, ni au patient. L'arrivée d'une collègue psychologue en stage m'a permis de mettre en travail ce constat. Nous avons défini en effet un certain nombre de patients que l'on voyait ensemble. Je gardais une position d'étayage et ma collègue leur proposait un abord psychothérapique. Nous nous retrouvions une heure par semaine pour faire un échange de nos points de vue et de nos difficultés. Nous avons ainsi mis en place une certaine co-thérapie que le médecin chef de service chapotait en faisant des bilans réguliers.

Puis, les hasards professionnels m'ont emmené au SMPR de Varcès. Là, le dispositif à tous patient hospitalisé dans la structure prévoit une référence pour chacun par deux infirmiers, un psychologue et un psychiatre, avec un écrit systématique des entretiens dans un cahier, de leur contenu mais aussi du ressenti du soignant. Nous nous retrouvons tous les deux mois pour faire une synthèse que nous terminons ensemble avec le patient.

En détention, ce sont plus les psychologues et psychiatres qui font des entretiens réguliers avec des patients A.V.S. Là aussi, pas de prises en charge par un seul soignant. J'ai pour ma part quelques suivis avec un médecin. Une fois par quinzaine, nous nous rassemblons lors d'une réunion avec tous les soignants intervenant auprès de cette population, pour échanger notre expérience mais aussi nos difficultés et tenter une élaboration groupale.

¹⁵ Code de Santé Publique, art 1131-5 et Code de Procédure Pénale, art D-363

¹⁶ Code de Santé Publique, art. 1111-4

¹⁷ Baron-Laforêt S, In Balier C, Ciavaldini A. & coll, Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Masson, Pratiques en psychothérapie, Paris, 2000, p. 126

Pour ce qui est des groupes, au centre de détention, je n'ai pu mettre en place de groupe de parole pour A.V.S, même si le projet avait été bien ficelé. J'ai été en grande difficulté face à l'administration pénitentiaire, mais aussi aux patients, refusant tous deux toute idée de regroupement qui stigmatiserait. Au SMPR, nous faisons régulièrement des groupes, mais ceux-ci ne prennent pas distinctement les patients A.V.S. Ce sont des groupes d'activités manuelles, des groupes d'expression, tels que le photolangage, le « Qu'en dit-on », et autres photocollages, musique imagée, etc. Nous sommes en train de penser remettre en place des groupes en détention, mais préférons que plusieurs se montent simultanément, au moins un pour les addictions et un pour les A.V.S.

Un dernier mot juste, nous profitons de même de notre lien avec l'association ARTAAS, qui, par ses rencontres régionales et nationales, continuent le partage clinique et l'élaboration. Nous mettons également en place un lien avec le CRIAVS qui vient d'ouvrir ses portes sur Grenoble il y a quelques mois, un de leurs intervenants continuant de travailler dans l'unité à 20 %.

Une articulation des soins avec la justice

Nous évoquons tout à l'heure le cadre de la loi, et notamment son amplification vers un dispositif de sécurité qui convoque de plus en plus le soin dans une position centrale, j'aimerais que cette dernière partie puisse nous servir à nous interroger sur une position soignante à défendre. C'est du moins ce qui me mobilise personnellement dans mon quotidien professionnel de soin avec les A.V.S. mais aussi m'a fait prendre des responsabilités au sein de l'association, tant celle-ci me paraît porter les mêmes valeurs militantes.

J'ai eu une grande occasion de pouvoir faire un écrit là-dessus, qui est justement en train d'être présenté au Congrès International Francophone sur les Agressions Sexuelles à Montréal. Je me suis en effet rendu compte que des difficultés dans notre travail se retrouvaient avec beaucoup de points communs avec une équipe suisse, travaillant pourtant dans un autre contexte législatif. J'ai donc lancé une réflexion avec une consœur et nous avons ensemble produit un essai, que nous avons intitulé « Les infirmiers en conflit avec leur âme »

Je ne vais pas vous le reproduire aujourd'hui, mais voudrais vous faire part de ses grandes lignes et de notre élaboration.

Une hypothèse d'élaboration de la problématique d'articulation

Nous sommes partis de l'hypothèse suivante : les soignants *sont en difficulté avec la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, face à de la conflictualité et de l'intersubjectivité. Celles-ci viennent se rajouter aux problématiques intrinsèques à leur exercice professionnel dans un lieu qui n'est pas le leur, sous l'égide d'une position de plus en plus centrale du soin dans le droit de lutte contre la récidive.*

Ainsi pourraient-ils prétendre à plus de reconnaissance tant pour eux que pour les sujets qu'ils accueillent.

Nous évoquons la notion, en ce qui concerne la relation avec la législation, de partenariat obligé.

Un partenariat obligé

Nous sommes en effet venus faire de la psychiatrie chez l'autre, dans un milieu bien spécifique, tourné vers l'enfermement et l'amendement d'une personne qui a commis des actes transgressifs. Nous sommes parallèlement sollicités par des lois de plus en plus répressives, et qui nous demandent de mettre en place un dispositif de soin.

Cela dit, il n'est nulle part question de remettre en cause le secret médical à des fins criminalistique ou criminologique, dans un sens de prédiction de dangerosité et/ou de récidive. La psychiatrie ne peut pas traiter la délinquance. Ce n'est qu'une des approches de l'individu. En aucun cas, sa finalité ne peut être de prévenir la récidive, même si elle y participe. Son objectif ne vise aucunement la réduction du trouble du comportement, il va bien au-delà : c'est l'évolution de la personne, son bien-être, sa capacité de choisir sa vie qui est en question.

Et, dans ce cadre afin de permettre l'évolution de la personne, il est assez nécessaire de ne pas travailler de façon trop cloisonnée, n'accueillant la personne que dans l'antré de son bureau, dans une bulle coupée du reste du monde. Il est nécessaire de travailler en collaboration avec les intervenants de toute formation, qui entrent comme nous dans ce milieu et avec qui nous partageons un souci commun, la personne détenue.

Ces intervenants ont des formations et des orientations de travail différentes, pas forcément à agir dans l'intérêt seul de la personne détenue, mais aussi dans l'intérêt de la société. Ces intervenants sont surveillants pénitentiaires, travailleurs sociaux, enseignants, moniteurs d'ateliers, formateurs, juges ou autres.

L'ensemble de nos interventions avec ces professionnels est vaste et varié, plus ou moins formalisé, avec des temps de concertation, des temps de commission, lors desquels nous sommes amenés à donner notre avis sur une personne en particulier.

Ces relations interdisciplinaires mettent souvent en question le secret médical que l'on doit à la personne. Nous sommes souvent amenés à réfléchir sur ce que nous allons dire d'elle, en gardant à l'esprit ses intérêts, malgré des questionnements à des fins de plus en plus sécuritaires. Parallèlement, nous n'avons que très peu de réponses à ces questions d'évaluation de la dangerosité et/ou de la récidive. Nous ne sommes pas dans une position expertale mais dans une position soignante.

Nous venons de voir comment ces personnes ne sont pas demandeuses de soins. Mais l'expérience nous a montré qu'il ne fallait pas rester passif face à ce simple constat. Et, il vaut mieux que ce soit le cadre judiciaire qui l'incite, nous préservant notre rôle soignant. En effet, rien ne vient troubler ces personnes, restant facilement à distance de tout, si ce n'est la loi, la justice qui leur arrive de manière extérieure, qui s'imposent à elles.

Un cadre de soins à définir

Ce chapitre va donc étudier deux aspects du cadre qu'il nous faut définir, et faire ainsi un peu la tentative de résolution de notre problématique de travail. Il va nous permettre de voir comment la reconnaissance de notre position, celle de notre travail spécifique passe par l'apposition d'un cadre tenant compte à la fois d'une institution qui se veut plus sécuritaire et d'une personne qui manifeste un certain déni.

Car, il est réellement question pour nous de se faire reconnaître. La reconnaissance, comme le dit le philosophe Axel Honneth¹⁸, est peut être un mot à la mode dès qu'il s'agit, pour un groupe social, de faire connaître ses particularités et donc de les distinguer des autres, mais également de proclamer ce qui le relie aux autres groupes

¹⁸ Honneth A., La lutte pour la reconnaissance, Cerf, Paris, 2007 (Kampf um Anerkennung, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1992)

(égalité de droits, communauté humaine) pour exiger un traitement équivalent. Toutefois, Il est convaincu, comme Hegel¹⁹ que cette lutte fait évoluer la société vers l'établissement d'institutions garantant des libertés.

A. Honneth rajoute à cela, toujours en s'aidant de son prédécesseur que cette revendication de reconnaissance introduit une tension morale dans la vie sociale qui doit mener à terme à un état de liberté. Pareillement, l'acquisition d'une reconnaissance extérieure renforce la relation du sujet à lui-même, qui lui permet de défendre son identité.

Voilà ce qui rejoint notre souci premier en tant que soignant qui prend en charge psychiatriquement des auteurs de violences sexuelles, car, nous le disions, la psychiatrie vient accompagner l'évolution d'un sujet vers sa liberté de choisir sa vie.

Etudions donc ce cadre de travail qui nous aidera à nous faire reconnaître en tant qu'aidants de ces sujets que l'on tente de rallier dans le camp des hommes.

Un soin en face du sécuritaire

Nous sommes appelés ainsi à intervenir dans un milieu qui n'est pas le nôtre, mais nous sommes aussi appelés à intervenir hors nos murs hospitaliers. A être ainsi au plus près d'une population en marge, ne sommes-nous pas mis en difficulté ?

La mission première de la prison constitue une sorte de quarantaine, mise en place pour endiguer, non pas une infection, mais des actes qui sont tout aussi nuisibles pour le reste de la société. Pour autant, la relation empathique nécessaire que nous mettons en place avec le sujet, dans le souci de l'émergence d'un soin ne va pas dans le même sens que ce seul isolement sécuritaire. Aussi devons-nous lutter au quotidien contre une assimilation, une confusion qui nous ferait perdre notre orientation.

Le souci carcéral, notamment, est l'amendement. Ce n'est pas une idée très éloignée de la nôtre qui vise la progression du sujet. Tout comme dans la notion de surveillance il y a aussi des notions de soin et inversement. Néanmoins, nous n'avons pas les mêmes missions et ne devons pas être confondus.

Pour ce faire, pour ne pas être confondus, il est nécessaire d'affirmer notre orientation particulière, notre mission indépendante. Et ceci ne peut pas mieux se faire que par un projet de service bien défini, soutenu par notre administration hospitalière, dès lors qu'elle passe convention avec un établissement pénitentiaire. Une telle définition provoque ainsi sa reconnaissance.

Il est tout aussi important que ce projet de service soit un projet de soin, une orientation thérapeutique que tous les soignants reconnaissent et appliquent, et que cette dernière sache définir ce qu'elle sait faire et ce qu'elle n'a pas à effectuer. Ce qui permet également à ses personnels de se reconnaître soignants et à le rester. Même s'ils sont amenés à intervenir dans quelque commission ou concertation plus ou moins formelle, ils y participeront au nom du service.

Il nous faut ne pas être confondus non plus dans tout le dispositif sécuritaire qui met l'accent sur la lutte contre la récidive.

¹⁹ Hegel G.H., *Système de la vie éthique*, Payot, Paris, 1976 (System der Sittlichkeit, 1893, pour la première édition allemande)

Il est vrai que la justice s'interroge de plus en plus sur la personnalité de l'auteur et tente de prendre toutes les mesures en son pouvoir pour que celui-ci fasse amende honorable de la meilleure façon. Cependant, elle ne peut exiger de nous le seul accompagnement de l'évolution de cette personne. Nous ne pouvons l'assumer.

Il s'avère tout autant nécessaire que le sujet se réinscrive sur le plan social et donc tout aussi utile que des incitations lui sont données de rencontrer cette sphère et donc qu'il puisse y être accompagné. C'est avec cette conviction que notre association a contribué à l'édification de la loi française du 17 juin 1998 et que des espaces de soins se créent dans ces lieux, pour instaurer un dispositif de rencontre du sujet avec lui-même, quelle que soit la loi.

Pour qu'il y ait rencontre avec le probationnaire, et un accompagnement dans son évolution, il faut réellement des dispositifs de soins sous contrôle judiciaire.

Un soin en face de la violence

Un dispositif qui tienne en face de la personne est un cadre indispensable à l'exercice de notre fonction soignante.

Si nous sommes déchargés de la partie incitation qui est faite par le juge, autant s'en servir pour inviter à une rencontre, provoquer une relation qui puisse peu à peu lui faire s'approprier un soin pour lui, et non pas seulement pour répondre aux injonctions de la société.

Pour cette amorce thérapeutique, il nous faut privilégier l'accueil, une réassurance pour qu'il puisse peu à peu être en confiance pour partager avec nous ce que jusqu'alors n'était que souffrance indicible.

Il est donc tout autant nécessaire que le cadre soit suffisamment défini pour encourager une position soignante, une position d'empathie malgré l'absence d'humanité que peuvent susciter les agissements.

Nous sommes donc amenés à définir un cadre où l'accent n'est pas mis sur une psychothérapie passive, seulement à l'écoute neutre et bienveillante, il nous faut être capable de venir provoquer le nuancement dans la verbalisation, la mise en question. Il est donc utile de mettre là aussi en place une orientation thérapeutique, sur des indications médicales, un projet de soin sur lequel il y ait également engagement.

Ce projet de soin met aussi la clarté sur le positionnement de chaque intervenant autour du patient, car il est capital de ne pas travailler de manière isolée. La dualité est à mettre en question tant nous constatons aussi bien souvent des entretiens qui peuvent être très vite mis dans la difficulté.

Le travail en équipe ainsi déterminé permet une contenance, mais aussi une limite dans quelques tentatives de violence, notamment celle des émotions.

Conclusion

Dans mon d'aujourd'hui, j'ai tenté de voir comment peu à peu faire notre métier spécifique de soignants auprès d'auteurs d'agressions sexuelles.

Nous avons vu peu à peu qu'il est très important de définir une reconnaissance de ce que nous tentons de faire pour accompagner, par le soin, l'évolution de la personne vers sa liberté à faire des choix pour lui et ainsi se

réinscrire comme être social, mais que nous ne pouvons à nous seul porter toute cette évolution. Que celle-ci ne peut se faire qu'au prix de mettre des moyens sur le social aussi.

Pareillement, il nous faut aussi déterminer un travail soignant à plusieurs, pour éviter d'être dans une dualité qui pourrait être dangereuse. Pour que cela fonctionne, il faut aussi une dynamique d'équipe suffisamment bienveillante à l'égard de chacun de ses membres pour que ceux-ci puissent communiquer leur ressenti.

Je voudrais terminer cette intervention par une citation de Claude Balier qui me paraît primordiale « Tout ce qui se passe de plus fondamental dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est dans ce qui se communique en équipe ».

Enfin, j'ai mis l'accent sur l'avantage de relations pluridisciplinaires, une articulation, dans laquelle chaque profession garde sa spécificité propre et ses propres modalités d'intervention. J'aimerais vous renvoyer à un texte écrit par Claude Balier sur le site de l'association « Les bases d'une relation thérapeutique »²⁰.

Des questions de fond qui peuvent persister

Il n'en reste pas moins que nous pouvons garder certaines problématiques auxquelles nous serons régulièrement confrontés, que nous pourrions énumérer sous la forme de questions de fond :

- Comment le contexte de soin sous contrainte induit-il un changement fondamental dans nos rapports patient-thérapeute-sécurité ?
- Comment faire pour que le cadre thérapeutique puisse s'intégrer dans un véritable dispositif sécuritaire, sans en perdre ses vocations premières ?
- Comment permettre que le partenaire légal soit existant dans cet accompagnement sans être persécuteur ni pour les thérapeutes, ni pour le patient ?
- Comment intégrer dans notre psychisme cette double mission de soins et de sécurité publique sans que nous nous retrouvions comme fixés dans un clivage ?
- Comment intégrer ces éléments de la réalité dans la relation thérapeutique ?
- Comment prévenir la récurrence et évaluer la dangerosité ?

²⁰ Balier C. Les bases d'une relation thérapeutique, téléchargeable en pdf sur www.artaas.org