HAL
open science

Évaluation du Dispositif d'Injonction de Soins pour les Auteurs de Violences Sexuelles en Indre-et-Loire (France)

G. Auger, Wissam El-Hage, M. Bouyssy, J. Cano, V. Camus, P. Gaillard

To cite this version:

G. Auger, Wissam El-Hage, M. Bouyssy, J. Cano, V. Camus, et al.. Évaluation du Dispositif d'Injonction de Soins pour les Auteurs de Violences Sexuelles en Indre-et-Loire (France). Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2010, 168 (6), pp.462-465. 10.1016/j.amp.2010.05.002 . hal-02526811

HAL Id: hal-02526811

https://univ-tours.hal.science/hal-02526811v1

Submitted on 31 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Auger G, El-Hage W, Bouyssy M, Cano J, Camus V, Gaillard P. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). Annales Médico-Psychologiques 2010;168:462-465. doi:10.1016/j.amp.2010.05.002

Évaluation du Dispositif d'Injonction de Soins pour les Auteurs de Violences Sexuelles en Indre-et-Loire (France)

Evaluation of the Therapeutic Injunction Procedure for Sexual Offenders in Indre-et-Loire (France)

G. Auger [a], W. El Hage [a,b], M. Bouyssy [c], J. Cano [c], V. Camus [a,b], P. Gaillard [a,b,*]

[a] CHRU de Tours, Clinique Psychiatrique Universitaire, Tours, France
[b] INSERM U930 ERL CNRS 3106, Université François Rabelais, Tours, France
[c] CHRU de Tours, Service d'Accueil des Urgences, Tours, France

Résumé
Les patients auteurs de violences sexuelles (AVS) en injonction de soins, en application de la loi du 17 juin 1998, n'ont pas de circuits de soins spécialisés et il n'existe pas d'évaluation du fonctionnement de l'injonction de soins. Notre objectif était d'évaluer les prises en charge des AVS de nature pédophile extra-familiale en injonction de soins à l'échelle d'un département, de souligner les dysfonctionnements et de proposer des améliorations. Nous avons rencontré les intervenants médicaux et judiciaires impliqués dans la prise en charge des 16 auteurs de violences sexuelles pédophiliques extrafamiliales. Les intervenants médicaux étaient très différents dans leurs pratiques, leurs avis et leurs connaissances du dispositif d'injonction de soins. Tous les intervenants, médicaux et judiciaires, ont déploré la rareté des contacts. Le dispositif d'injonction de soins était partiellement appliqué, par un manque d'informations et de communications entre les différents intervenants. Cette carence pourrait être améliorée par une systématisation des échanges entre intervenants et la création d'un centre de ressources (CRAVS).
Mots clés : Violences sexuelles ; Pédophilie ; Injonction de Soins ; Loi du 17 juin 1998

Abstract
In France, sex offenders can be condemned to a therapeutic injunction, instead of or after an imprisonment period. In order to reinforce the prevention and punishment of sexual offences, the condemnation law (June 17, 1998) obliges a sexual convict to submit to surveillance and assistances measures and, in some cases, to mandatory medical care (a treating physician, psychiatrist or psychologist, and a coordinating physician, the intermediary between medicine and the courts). The aim of this research was to assess the therapeutic injunction functioning and to identify the obstacles in coordinating medical and judicial professionals. Therefore, we conducted a local survey that involved in-person interviews with medical (treating physicians and coordinating physicians) and judicial (sentencing judge) professionals in charge of the 16 sex offenders (non incestuous paedophiles) condemned to a therapeutic injunction. The treating physicians and the coordinating physicians were very different in their settings and in their understanding of the therapeutic injunction procedure. Health and judicial professionals criticized the lack of interactions between professionals, but not the therapeutic injunction itself. This work highlighted the necessity of *i/* a better coordination between health and justice professionals, *ii/* the creation of a treatment and assessment centre for sex offenders.
Keywords: Sexual offences; Paedophilia; Therapeutic Injunction; June 17, 1998 Law

1. Introduction

Depuis la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs [3], les auteurs de violences sexuelles (AVS) peuvent être condamnés à une injonction de soins en milieu extra-carcéral dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Les modalités de l'injonction de soins définissent le rôle de chacun des intervenants médicaux [2, 3, 5]. Le médecin coordonnateur (MC), désigné lors du jugement, a pour missions d'inviter le condamné à choisir un praticien traitant, et vérifier son accord (écrit) pour prendre en charge les soins, de conseiller le praticien traitant (et de lui transmettre les pièces du dossier judiciaire), de transmettre au juge d'application des peines (JAP) les éléments nécessaires au contrôle de la mesure, de rencontrer et d'évaluer l'évolution du condamné. Le praticien traitant, choisi par le condamné consentant aux soins, peut être psychiatre ou psychologue (depuis la loi du 12 décembre 2005 [4]). Il doit organiser et prodiguer le traitement (psychothérapie, chimiothérapie), délivrer des attestations de suivi et informer le JAP ou le MC en cas d'arrêt du suivi médical.

L'application du système actuel n'a jamais été évaluée dans les modalités de fonctionnement. Notre enquête a été menée auprès des différents intervenants médicaux et judiciaires impliqués dans les injonctions de soins des auteurs de violences sexuelles de nature pédophilie extrafamiliale. Cette enquête avait pour but de i/ évaluer le fonctionnement de l'injonction de soins et les articulations entre les différents intervenants, ii/ comparer les modalités d'application de l'injonction de soins, le mode de relation thérapeutique et le contenu des psychothérapies, iii/ souligner les points de dysfonctionnement et apporter des éléments de réponses.

2. Matériel et Méthode

2.1. Échantillon

L'enquête a concerné tous les intervenants médicaux et judiciaires impliqués dans la prise en charge des 16 adultes auteurs de violences sexuelles (AVS) de nature pédophilie extrafamiliale, ayant été condamnés à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins et suivis par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) d'Indre-et-Loire au premier janvier 2007. Notre échantillon a comporté 12 praticiens traitants (psychiatres ou psychologues), 5 médecins coordonnateurs, le directeur du SPIP d'Indre-et-Loire et le Juge d'Application des Peines (JAP) du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Tours.

2.2. Déroulement

Tous les acteurs cités ci-dessus ont été consultés par le même investigateur (GA), lors d'entretiens semi structurés à questions ouvertes. Nos objectifs étaient de recueillir auprès des praticiens traitants et des MC les caractéristiques de leur pratique et leur avis sur l'injonction de soins et d'évaluer les interactions entre intervenants médicaux et judiciaires.

3. Résultats

3.1. Auteurs des violences sexuelles

Les principaux traits psychopathologiques ou d'anamnèse les plus fréquemment cités par les praticiens traitants (n=12) étaient : un trouble de la préférence sexuelle (n=7), une immaturité affective et relationnelle (n=6) , des traits pervers (n=4) et un manque d'empathie (n=5), une inhibition sociale (n=5) , des carences de verbalisation (n=5), un déni du trouble de la préférence sexuelle ou des actes commis (n=5), une situation familiale chaotique ou des carences affectives (n=4) , des antécédents personnels de violences sexuelles en tant que victime (n=2) et une impulsivité (n=1).

3.2. Praticiens traitants

Douze praticiens traitants (4 praticiens hospitaliers, 5 psychiatres libéraux, 3 psychologues hospitaliers) ont participé à cette enquête. La moitié des praticiens était d'orientation psychanalytique et seuls 3 praticiens exprimaient leur intérêt pour la psychiatrie légale.

La majorité des praticiens (n=9) suivaient un seul patient adulte AVS de nature pédophilie extrafamiliale en injonction de soins. Le début de la prise en charge était le plus souvent (12 AVS sur 16) antérieur au jugement (dont 4 en maison d'arrêt lors de la détention préventive). Parmi les 16 AVS, 7 étaient orientés sur leur secteur psychiatrique, 2 adressés par leur famille ou leur avocat. Certains praticiens ont eu accès aux conclusions de l'expertise pré-sentencielle par l'intermédiaire du patient (n=3) ou du médecin coordonnateur (n=3) ; 6 praticiens traitants ne le souhaitaient pas.

3.3. Mesure d'injonction de soins

Les informations sur l'injonction de soins provenaient de sources diverses selon les praticiens [par le JAP ou le MC (n=3), les textes de loi (n=2), un collègue (n=2) ou une formation (n=2)]. Le contact entre le médecin coordonnateur et le praticien traitant avait eu lieu pour 11 praticiens sur 12, mais sans accord écrit de leur part pour le suivi du patient. La délivrance des certificats médicaux de suivi se faisait à chaque consultation (n=7), régulière (n=2) ou à la demande du patient (n=3).

Les praticiens avaient un avis positif (n=6), négatif (n=4) ou partagé (n=2) sur la mesure d'injonction de soins. Les arguments en faveur de l'injonction de soins étaient : la possibilité d'une rencontre thérapeutique (n=6), l'existence d'un cadre légal étayant la thérapie (n=3) et le recours au MC en cas de révélation d'actes délictueux actuels (n=2). Les critiques faites à l'injonction de soins étaient sa complexité (n=5), le rôle de « garant de la justice » de psychiatrie (n=4), une demande inauthentique entravant la psychothérapie (n=4) et la confusion des rôles entre intervenants médicaux et judiciaires (n=1).

3.4. Relation thérapeutique

L'observance du suivi était complète (n=13), partielle (n=1) ou défaillante (n=2).

Seuls 2 sujets bénéficiaient d'un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) à visée d'inhibition de la libido et aucun n'avait de traitement antiandrogène.

Le travail psychothérapeutique était principalement en lien direct avec les actes commis ayant motivé l'injonction de soins (n=15), au moins au début de la prise en charge. Les thèmes les plus fréquemment abordés étaient : la problématique sexuelle (n=6), la gestion du quotidien et des relations (n=4), le vécu du parcours judiciaire (n=3), les antécédents personnels de violences physiques ou sexuelles (n=3), les relations avec les enfants et l'empathie avec la victime (n=2) et les conduites addictives (n=1).

3.5. Difficultés spécifiques de la prise en charge des AVS

Neuf praticiens traitants ont évoqué les difficultés suivantes : la demande thérapeutique inauthentique (n=4), les traits pervers s'exprimant dans la relation thérapeutique (n=3), les récits « abominables » (n=3), l'évaluation de la dangerosité (n=3), les difficultés d'élaboration mentale (n=2), l'abord de la sexualité et l'accès à la fantasmatique (n=2).

3.6. Médecins Coordonnateurs

En Indre-et-Loire, 5 médecins psychiatres (dont 4 libéraux) exerçaient la fonction de médecin coordonnateur (MC) après un contact avec le JAP (envoi de textes de lois, réunions). Deux MC prenaient en charge plus de 15 dossiers d'AVS en injonction de soins.

Leurs avis sur l'injonction de soins en théorie étaient partagés. Les critiques touchaient la pertinence de soins imposés par la justice. Les approbations concernaient la définition

claire des rôles de chaque intervenant et la possibilité d'une collaboration entre médecins, basée sur la notion d'aide et non pas d'ingérence dans les soins. Les avis étaient plus négatifs concernant la mise en pratique de l'injonction de soins : manque d'échange entre les acteurs et insuffisance de la formation initiale, difficulté de positionnement des acteurs judiciaires et question du financement pour des soins imposés par la justice.
Trois MC sur cinq rencontraient les patients dont ils avaient en charge les dossiers avec pour objectif d'évaluer le fonctionnement psychique global. Deux MC vérifiaient le choix d'un praticien par le patient et l'existence d'un suivi régulier. Concernant les acteurs judiciaires, tous les MC avaient eu au moins un contact avec le JAP lors de l'acception de leur mission ; 2 MC transmettaient des rapports annuels d'évaluation de chaque AVS.

3.7. Intervenants Judiciaires
Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est un service de l'administration pénitentiaire situé dans chaque département. Il contrôle et supervise le suivi des peines exécutées en milieu ouvert et en milieu fermé. Lors de l'enquête, 1341 sujets étaient suivis en milieu ouvert, dont 77 condamnés pour des infractions sexuelles (dont 41 sujets condamnés à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins).
Le directeur du SPIP approuvait l'esprit de la mesure d'injonction de soins (pluralité des points de vue et des domaines de compétence) mais déplorait la rareté des contacts avec les médecins. Le JAP, pour lequel les AVS représentaient moins de 10% des dossiers de suivi, déplorait le manque d'implication des médecins et la rareté des échanges avec les MC.

4. Discussion

4.1. Praticiens traitants
Au terme de notre enquête, nous avons mis en évidence les caractéristiques suivantes :

- L'absence de spécialisation des praticiens traitants dans la prise en charge des AVS (multiplicité des professions et des lieux de pratiques et absence d'intérêt spécifique pour ce type de patient) ;
- La fréquence des prises en charge initiées à la demande du patient ;
- La rareté des accès aux informations judiciaires, peu souhaités par le praticien.

La connaissance des modalités de la mesure d'injonction de soins était très variée, sans consensus sur les moyens d'informations délivrées aux praticiens traitants. Contrairement à la loi du 17 juin 1998 [3], l'accord écrit du praticien pour suivre le patient n'était pas formalisé malgré la fréquence des contacts avec le MC. Les avis sur la mesure étaient partagés et nuancés, insistant sur la possibilité d'une rencontre thérapeutique chez des sujets initialement non demandeurs.
Concernant la thérapie, nous pouvons souligner que :

- Le travail sur le passage à l'acte avait lieu dans la majorité des cas, les autres thèmes abordés (sexualité, relations interpersonnelles, contrôle pulsionnel) étant ceux retrouvés dans la littérature spécialisée ;
- Les traits psychopathologiques cités recouvraient la disparité de la problématique psychique (immaturité affective et relationnelle, inhibition sociale, etc.) sans se limiter à la notion de perversion comme explication unique au passage à l'acte ;
- La prescription de traitement à visée d'inhibition de la libido était rare.

Certaines difficultés spécifiques de prise en charge des AVS étaient cités par les praticiens, concernant des éléments intrinsèques (difficulté d'élaboration, traits pervers) ou propres au contexte judiciaire (demande thérapeutique forcée, évaluation de la dangerosité).

4.2. Médecins coordonnateurs et interactions entre intervenants médicaux et judiciaires
Malgré un effectif de médecins coordinateurs satisfaisant en Indre-et-Loire (n=5), seuls deux médecins connaissaient et remplissaient leur mission créant une surcharge de travail (plus de 15 dossiers chacun) et une déception sur l'application de la mesure d'injonction de soins en pratique (carence de moyens et d'échanges). La rareté des contacts entre intervenants médicaux et judiciaires était déplorée par l'ensemble des intervenants interrogés, allant dans le sens de la bonne volonté des deux parties.

4.3. Propositions afin d'améliorer la situation en Indre-et-Loire
Deux propositions peuvent contribuer à l'amélioration des pratiques :
1. Favoriser et formaliser les **échanges entre intervenants** à l'aide d'une systématisation de l'accord écrit du praticien traitant à l'attention du médecin coordonnateur et une ré-actualisation de la liste des médecins coordonnateurs permettant de mobiliser et d'informer les médecins sur les obligations de la mission ;
2. Créer un **centre de ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS)** [1], aménageant un lieu d'échanges, de formation et d'information pour tous les intervenants dans la prise en charge psycho-médico-sociale des AVS et en faire la promotion (médecins et psychologues de l'Indre-et-Loire).

5. Conclusion
Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins existe depuis plus de 10 ans et constitue une particularité française. Selon notre enquête sur la prise en charge des AVS de nature pédophile extra-familiale, nous constatons de nombreux dysfonctionnements qui proviennent plus d'un manque de moyens entravant l'application des dispositions légales existantes, que de réelles carences ou de rejets de la part des professionnels. Nos propositions pour améliorer la situation comprennent des dispositions qui devraient déjà être appliquées selon la loi : la formalisation et la multiplication des échanges entre professionnels médicaux et judiciaires et la création d'un centre de ressources.

Références

[1] Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux. Available from : URL : http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article1456

[2] Décret n° 2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application du titre IX du livre III du code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le code de la santé publique. Available from : URL : http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article245

[3] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Journal Officiel de la République Française n°139 du 18 juin 1998 page 9255. Available from : URL : http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=JUSX9700090L

[4] Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. Journal Officiel de la République Française n° 289 du 13 décembre 2005 page 19152. Available from : URL : http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=JUSX04077878L

[5] Senon JL, Pradel J. Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications. In : Ciavaldini A, Balier Cl, *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris, Masson, 2000 : 69-82.