



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



Communication

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 Clinique psychiatrique universitaire, CHRU de Tours, boulevard Tonnelé, 37044 Tours, France

^b Inserm U930 ERL CNRS 3106, UFR sciences et techniques, université François-Rabelais, 37000 Tours, France

^c Service d'accueil des urgences, CHRU de Tours, 37044 Tours, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 11 juin 2010

Mots clés :
 Injonction de soins
 Loi du 17 juin 1998
 Pédophilie
 Violences sexuelles

Keywords:
 June 17
 1998 Law
 Paedophilia
 Sexual offences
 Therapeutic injunction

RÉSUMÉ

Les auteurs de violences sexuelles (AVS) en injonction de soins, en application de la loi du 17 juin 1998, n'ont pas de circuit 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 extrafamiliale en injonction de soins ($n = 16$), de souligner les dysfonctionnements et de proposer des améliorations. 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 interactions. Le dispositif d'injonction de soins était partiellement appliqué, par un manque d'informations et de communication entre les différents intervenants. Cette carence pourrait être améliorée par une systématisation des échanges entre intervenants et la création d'un centre de ressources.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

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 ($n = 16$) 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 (1) a better coordination between health and justice professionals, (2) the creation of a treatment and assessment centre for sex offenders.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

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 extracarcéral dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire. 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 mission d'inviter le condamné à choisir un praticien traitant, de 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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.gaillard@univ-tours.fr (P. Gaillard).

contrôle de la mesure, de rencontrer et d'évaluer l'évolution du condamné. Le praticien 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.

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 AVS de nature pédophilie extra-familiale. Cette enquête avait pour but :

- d'évaluer le fonctionnement de l'injonction de soins et les articulations entre les différents intervenants ;
- de comparer les modalités d'application de l'injonction de soins, le mode de relation thérapeutique et le contenu des psychothérapies ;
- de souligner les dysfonctionnements et apporter des éléments de réponses.

2. Méthode

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 sociojudiciaire avec injonction de soins et suivis par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) d'Indre-et-Loire au 1^{er} janvier 2007. Notre échantillon a comporté 12 praticiens traitants, cinq médecins coordonnateurs, le directeur du SPIP d'Indre-et-Loire et le JAP du tribunal de grande instance (TGI) de Tours.

Tous les acteurs cités ci-dessus ont été consultés par le même investigateur (GA), lors d'entretiens semi-structurés à questions ouvertes, en vue de mieux connaître les pratiques médicales et évaluer les interactions entre intervenants médicaux et judiciaires.

3. Résultats

Les principaux traits psychopathologiques ou d'anamnèse les plus fréquemment cités par les praticiens traitants ($n = 12$) étaient le trouble de la préférence sexuelle ($n = 7$), une immaturité affective et relationnelle ($n = 6$), des traits pervers ($n = 4$), 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 ($n = 1$).

Neuf psychiatres (quatre hospitaliers, cinq libéraux) et trois psychologues hospitaliers ont participé à cette enquête. La moitié des praticiens étaient d'orientation psychanalytique et seuls trois praticiens exprimaient leur intérêt pour la psychiatrie légale. La majorité des praticiens ($n = 9$) suivaient un seul patient en injonction de soins. Le début de la prise en charge était le plus souvent (12 AVS sur 16) antérieur au jugement (dont quatre en maison d'arrêt lors de la détention préventive). Parmi les 16 AVS, sept étaient orientés sur leur secteur psychiatrique, deux adressés par leur famille ou leur avocat. Certains praticiens ont eu accès aux conclusions de l'expertise présentencielle par l'intermédiaire du patient ($n = 3$) ou du médecin coordonnateur ($n = 3$), six praticiens traitants ne le souhaitaient pas.

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 MC et praticien avait eu lieu pour 11 praticiens sur

12, mais sans accord écrit 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 étaient sa complexité ($n = 5$), le rôle de « garant de la justice » ($n = 4$), une demande inauthentique entravant la psychothérapie ($n = 4$), et la confusion des rôles entre intervenants médicaux et judiciaires ($n = 1$).

L'observance du suivi était complète ($n = 13$), partielle ($n = 1$), ou défaillante ($n = 2$). Seuls deux sujets bénéficiaient d'un antidépresseur 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 ($n = 3$), les relations avec les enfants et l'empathie avec la victime ($n = 2$) et les conduites addictives ($n = 1$).

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

En Indre-et-Loire, cinq médecins psychiatres (dont quatre 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'acceptation de leur mission ; deux MC transmettaient des rapports annuels d'évaluation de chaque AVS.

Le 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 (41 sujets condamnés à un suivi sociojudiciaire 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 compétences), 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

Au terme de notre enquête, nous avons mis en évidence chez les praticiens :

- l'absence de spécialisation 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. 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 rare de traitement à visée d'inhibition de la libido. Certaines difficultés spécifiques de prise en charge des AVS étaient citées par les praticiens, concernant des éléments intrinsèques (difficulté d'élaboration, traits pervers) ou propres au contexte judiciaire (demande thérapeutique forcée, évaluation de la dangerosité).

Malgré un effectif de médecins coordinateurs satisfaisant ($n = 5$), 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.

Deux propositions peuvent contribuer à l'amélioration des pratiques :

- favoriser et formaliser les échanges entre intervenants à l'aide d'une systématisation de l'accord écrit entre praticien traitant et médecin coordonnateur et une réactualisation de la liste des médecins coordonnateurs permettant de mobiliser et d'informer les médecins sur les obligations de la mission ;
- créer un centre de ressources pour l'aide à la prise en charge des AVS [1], aménageant un lieu d'échanges, de formation et d'information pour tous les intervenants dans la prise en charge psycho-médicosociale des AVS, et en faire la promotion (médecins et psychologues d'Indre-et-Loire).

5. Conclusion

Le suivi sociojudiciaire avec injonction de soins existe depuis plus de dix ans et constitue une particularité française. Selon notre enquête sur la prise en charge des AVS de nature pédophile extrafamiliale, 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.

Conflit d'intérêt

Les auteurs, dans le cadre de cette étude observationnelle sans intervention thérapeutique, n'ont pas déclaré de conflit d'intérêt.

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.
- [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.
- [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 ; p. 9255.
- [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 ; p. 19152.
- [5] Senon JL, Pradel J. Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications. In: Ciavaldini A, Balier CI, editors. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris: Masson; 2000. p. 69–82.

Discussion

Dr J.-G. Veyrat – Madame Auger a parlé de la fréquence de la sous-information que déplorent nombre de confrères chargés de suivre ces patients sous injonctions de soins.

J'en ai, pour ma part, suivi une dizaine, tous dans mon exercice privé du 93, et aucun dans mon exercice public du 95 (exhibitionnisme, inceste, pédophilie, notamment).

Or, jamais je n'ai reçu la moindre information du tribunal, jamais on ne m'a indiqué ce qui était reproché au patient comme violence sexuelle. Si bien que je n'ai su que ce que le patient me racontait (en minimisant l'acte le plus souvent). Et la séance se terminait seulement par la même phrase : « Vous me donnez le petit papier pour le JAP ? » (le certificat de consultation).

Dr P. Moutin – J'ai apprécié votre communication qui a d'abord le mérite d'exister. En effet, à la conférence de consensus sur « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » (Paris, novembre 2001), présidée par J.-F. Allilaire, il avait été noté : « Il apparaît que trop peu de modalités thérapeutiques proposées à l'heure actuelle font l'objet d'une évaluation ». Il n'est pas certain que les recommandations émises par cette Conférence aient été suivies.

Ensuite, votre exposé rejoint souvent l'enquête effectuée en Aquitaine sur la « Prise en charge psychiatrique des délinquants sexuels et loi du 17 juin 1998 » par K. Lasseuguette et al., associant psychiatres de Bordeaux et médecins légistes de Garches (*Journal*

de médecine légale, *Droit médical* 2004;47:74–80). En dépit du temps écoulé depuis cette enquête, sont toujours notés les nombreux dysfonctionnements des pratiques, l'insuffisance des moyens nécessaires à ces techniques thérapeutiques, la nécessité de programmes de formation adéquats. D'ailleurs, les difficultés avaient été largement exposées au cours du XXXIII^e congrès français de criminologie (Lille, 10–11 mai 2001) sur les soins obligés, encore appelés « l'utopie de la triple entente » (médecin, sujet et juge de l'application des peines) dont les travaux ont été publiés aux éditions Dalloz, Paris, 2002).

Réponse du rapporteur – La situation décrite par le Dr Veyrat illustre parfaitement les difficultés rencontrées par de nombreux praticiens traitants (ignorance du contexte des soins, sentiment d'être instrumentalisé par le patient). Ces problèmes peuvent être en partie résolus si le médecin coordonnateur, nommé pour le dossier du sujet, remplit sa mission et contacte directement le praticien traitant afin de l'informer de la mesure d'injonction de

soins, de recueillir son accord pour le suivi (le fait que ce soit un accord écrit donc formalisé nous paraît d'autant plus clair) et potentiellement de lui fournir les pièces du dossier judiciaire (permettant d'appréhender clairement les faits qui ont motivés le suivi thérapeutique, sans se contenter des dires du patients). Le fait que l'interface entre le thérapeute et la justice soit assurée par un médecin nous paraît aussi plus confortable au niveau du secret professionnel et de la possibilité de discussions cliniques.

L'évaluation des modalités thérapeutiques est en effet indispensable, surtout pour ces patients souffrant rarement de pathologies psychiatriques avérées et pour qui la pertinence des soins est parfois controversée. Pour être menée à bien, cette évaluation nécessite une meilleure organisation et identification des soins et des thérapeutes concernés, ce que peuvent apporter les centres de ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) dont l'existence devrait être plus que simplement théorique...

DOI de l'article original : [10.1016/j.amp.2010.05.002](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.05.002)

0003-4487/\$ – see front matter © 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.
doi:[10.1016/j.amp.2010.05.003](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.05.003)