

Les soins dans un établissement fléché pour les auteurs de violences sexuelles : quelle place pour le consentement ?

Juliette Pfender,

psychologue au Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS) du centre de détention de Toul et au Dispositif de soins psychiatriques (DSP) d'Écrouves,

Charlotte Démonté,

psychologue sexologue au Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS) et au centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) Lorraine.

L'ESSENTIEL

► Lors d'une incarcération, le principe de l'incitation aux soins par la justice questionne particulièrement le recueil du consentement du patient dans le cadre d'une prise en charge psychothérapique. Les professionnels soulignent la complexité des enjeux et la nécessité de travailler l'adhésion aux soins afin de permettre au patient de s'inscrire dans une démarche qui lui sera personnelle et pas uniquement imposée par l'extérieur, par l'autre.

La question de la prise en charge spécifique des auteurs de violences sexuelles (AVS) est assez récente. Depuis 2012, l'administration pénitentiaire a fait le choix de désigner 22 établissements fléchés pour l'accueil d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) incarcérés. Auparavant, l'offre de soins, très inégale selon l'établissement d'affectation de la personne détenue, ne permettait pas toujours une prise en charge à la hauteur des besoins des patients.

Le Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS) du centre de détention de Toul est une unité spécifique composée d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, infirmiers, psychiatres, secrétaire) qui dépend du centre psychothérapique de Nancy (CPN). Celle-ci vient renforcer l'offre de soins existante (unité sanitaire de niveau 1 consacrée aux activités ambulatoires, consultations et activités de groupes somatiques ou psychiatriques) depuis le 1^{er} septembre 2012.

Elle a pour objectif de permettre à la personne détenue pour des faits de cette nature de s'engager dans des soins de façon librement consentie, en correspondance avec la notion d'incitation aux soins telle qu'elle est évoquée dans les articles 717-1 et 763-7 du Code de procédure pénale.

Des soins librement consentis ?

Les services de soins en milieu pénitentiaire doivent assurer « aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux de la population générale » (loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale). Ainsi, en détention comme en milieu ouvert, toute personne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement (soins sur décision d'un représentant de l'État)¹. En dehors de cette situation, le principe du consentement libre et éclairé du patient prévaut, y compris pour les

personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire² (SSJ) est encouru.

À l'extérieur de la détention (à la levée d'écrou ou en parallèle d'une condamnation sans peine d'incarcération), les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) peuvent être condamnées à des soins pénalement ordonnés (SPO). Il s'agit là de mesures de soins comprenant l'injonction de soins (IS), l'obligation de soins (OS) et l'injonction thérapeutique³ [1]. Ces mesures ne prennent donc pas en compte la question du consentement du patient.

Pour les personnes détenues condamnées à des SPO, ceux-ci s'appliquent donc à la fin de la peine d'incarcération, à la sortie de l'établissement pénitentiaire. En détention, la loi prévoit une incitation aux soins ; mais paradoxalement, le refus de soins par les détenus peut avoir des conséquences aux niveaux judiciaire et pénitentiaire, par exemple l'impossibilité d'accéder à des permissions de sortir, à un aménagement de peine, ou encore d'obtenir des réductions de peines supplémentaires (articles 721, 721-1 et 729 du Code de procédure pénale). Autrement dit, si les détenus ne s'engagent pas dans une démarche de soin, ils ont le sentiment de faire l'objet d'une sanction déguisée et se sentent donc « obligés d'être suivis ». Par ailleurs, le principe d'incitation aux soins est particulièrement marqué auprès des personnes placées sous main de justice, dont le motif d'incarcération est

concerné par un suivi socio-judiciaire, ce qui est le cas des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS).

Si le principe de l'incitation aux soins par la justice questionne la notion du consentement aux soins, cela permet néanmoins de motiver la rencontre avec les professionnels de la psychiatrie pour des personnes qui n'ont pas souvent fait l'objet d'une prise en charge par le passé. Et elle prend tout son sens concernant les auteurs de violences sexuelles (AVS). En effet, ceux-ci sont généralement en grande difficulté pour formuler des attentes personnelles vis-à-vis d'une prise en charge, étant en difficulté pour identifier une problématique qui leur serait propre. C'est en cela que réside l'intérêt d'une posture active chez le thérapeute lors de la rencontre avec ces patients.

Travailler ensemble sur la demande de soins

S'il n'y a pas de profil type chez les AVS, nous retrouvons tout de même des traits de personnalité communs : difficultés d'introspection et d'élaboration, d'identification de leurs émotions, à entrer en relation avec l'autre, troubles de l'attachement (bien souvent à mettre en lien avec l'environnement dysfonctionnel dans lequel ils ont pu grandir), antécédent de psychotraumatisme, etc. Ceci a pour conséquence un fonctionnement psychique qui grève les possibilités de s'inscrire dans une psychothérapie.

Si, en détention, les patients formulent de prime abord une demande de soins motivée par l'incitation aux soins de la justice, il s'agira pour les professionnels du DSAVS de leur permettre d'identifier peu à peu leurs difficultés, une problématique personnelle, de mettre en mots leurs souffrances, de travailler sur les passages à l'acte et ainsi de favoriser leur investissement dans leur démarche de soins. C'est là tout l'enjeu du temps d'évaluation de la demande de soins des patients afin d'en identifier les objectifs : personnels ou judiciaires ? Les deux ? Il s'agira pour le thérapeute d'évaluer finement la demande, d'y travailler avec eux afin qu'ils puissent se l'approprier et qu'elle ne soit plus simplement à l'origine d'un tiers judiciaire, mais au minimum subjectivée.

Il est important pour le thérapeute de se détacher de la question des enjeux judiciaires et pénitentiaires. La question des bénéfices secondaires ne doit pas influencer sa conception de la prise en charge à proposer au patient. Ainsi, après une étape d'évaluation et de construction de la relation thérapeutique (qui varie d'un patient à l'autre), si la demande de soins est uniquement sous-tendue par la demande de la justice, le patient ne se verra pas proposer de prise en charge. Néanmoins, cette posture n'étant pas immuable, il sera régulièrement contacté par le DSAVS afin de réévaluer sa situation et d'envisager à nouveau une éventuelle prise en charge.

Les soins concernent également les traitements médicamenteux. Tout comme en milieu ouvert, certains patients présentant une pathologie psychiatrique refusent tout traitement lors de la détention, alors que celui-ci est indiqué. Nous pensons notamment aux patients psychotiques, en particulier schizophrènes, qui n'arrivent pas toujours à identifier leurs troubles, et qui refusent de ce fait de bénéficier d'un traitement médicamenteux.

Parmi les traitements qui peuvent être mis en place, il en est un qui serait plus spécifique aux auteurs de violences sexuelles : le traitement d'aide à la maîtrise pulsionnelle. Ce traitement n'est pas systématiquement indiqué chez les auteurs de violences sexuelles, bien au contraire, il concerne seulement de 10 % à 15 % des patients et il n'est pas à réduire à une méthode de « castration chimique » qui ferait disparaître toute forme de libido. Les patients concernés présentent une fantasmagorie à ce point envahissante qu'elle ne leur permet plus d'investir les autres sphères de leur vie. Le traitement a pour objectif de réduire la souffrance en lien avec cet envahissement pulsionnel, d'améliorer la qualité de vie des patients, de leur permettre de s'investir dans un travail thérapeutique et ainsi, de réduire le risque de récidive.

Traitement médicamenteux : parvenir à un choix libre et éclairé

Ce traitement, au même titre que les autres, nécessite le consentement des patients. Ils doivent être informés

des indications pour lesquelles on leur propose celui-ci, des objectifs poursuivis, des effets secondaires éventuels afin de leur permettre de faire un choix libre et éclairé.

Cela peut générer certains questionnements, en particulier concernant les patients qui présentent une déficience intellectuelle. Sont-ils en capacité d'appréhender les enjeux des traitements ? D'en identifier les bénéfices, les risques ? Qu'en est-il des patients dont l'expertise psychiatrique (effectuée à la demande d'un magistrat) vient poser l'indication de ce traitement ?

S'il est impossible d'imposer au patient la mise en place du traitement pendant son incarcération, qu'en est-il de sa mise en place une fois qu'il est sorti de détention, dans le cadre de son injonction de soins (IS) ? Peut-il le refuser alors que les professionnels de santé en identifient la nécessité ? Le patient soumis à une IS encourt des sanctions judiciaires, y compris une réincarcération, en cas de non-respect de son suivi socio-judiciaire. Ainsi, nous soulignons la difficulté de recueillir le consentement du patient, qu'il soit question d'un traitement ou non, lorsqu'il s'agit de soins pénalement ordonnés. Il nous apparaît nécessaire de travailler l'adhésion aux soins pour permettre au patient de s'inscrire dans une démarche qui lui sera personnelle et pas uniquement imposée par l'extérieur, par l'autre.

L'incitation aux soins en détention et ses conséquences en termes d'enjeux dans la rencontre thérapeutique notamment dans le cadre du Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles vient donc questionner la notion primordiale du consentement chez le patient⁴. Après plus de dix années d'exercice au sein de ce service, nous pouvons identifier son intérêt, mais aussi ses écueils, afin de parvenir à s'en dégager. Lorsque les professionnels parviennent à rencontrer le patient, que l'alliance thérapeutique se crée, un travail d'élaboration et de changement peut naître. Il est primordial de proposer une prise en charge holistique et adaptée afin de répondre au mieux aux besoins des patients. Ainsi, nous proposons aux auteurs de violences sexuelles une prise en charge qui va bien au-delà



© Aubert Olivier

de leur motif d'incarcération, même si c'est cela qui occasionne cette rencontre et qui occupe la scène thérapeutique. L'accompagnement proposé aux patients peut être individuel, en

groupe, avec ou sans support. Il peut s'agir notamment de prise en charge du psychotraumatisme, sexologique, d'un travail centré sur les émotions, les compétences psychosociales, etc.

Il s'agit avant tout de considérer les patients dans leur globalité et dans leur individualité. ■

OBLIGATION ET INJONCTION DE SOINS : DÉFINITIONS

L'obligation de soins consiste à enjoindre une personne à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Il s'agit de la mesure de soins pénalement ordonnés (SPO) la plus fréquemment prononcée (article 132-45 du Code Pénal). Cadre légal : Pas d'obligation d'expertise psychiatrique préalable. Pas d'interface Santé / Justice. Les modalités de soins incombent exclusivement au médecin, psychiatre ou psychologue en charge des soins. Notons que, dans les services psychiatriques, il est admis que le suivi soit conjoint avec un autre soignant (infirmier, psychomotricien, etc.) sur prescription médicale, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Mesure non spécifique pour tout type d'infraction ordonnée à n'importe quel moment de la procédure.

L'injonction de soin a été créée par 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, elle est initialement une mesure de soins ordonnée dans le cadre du suivi socio-judiciaire (SSJ) et à l'origine s'adressait uniquement aux délinquants sexuels. Depuis 1998, l'évolution de l'injonction de soin est marquée par plusieurs étapes :

- L'élargissement du champ d'application du SSJ.
- L'élargissement du prononcé de l'injonction de soins hors du cadre du suivi sociojudiciaire :
 - au placement sous surveillance judiciaire (Loi 2007-297 du 5 mars 2007),
 - à la liberté conditionnelle (Loi 2007-297 du 5 mars 2007),
 - à la surveillance de sûreté (Loi 2008-174 du 25 février 2008).
- L'élargissement de l'IS dans le cadre de la contrainte pénale (Loi 2014-896 du 15 août 2014).

Cadre légal :

- Mesure uniquement post-sententielle,
- expertise psychiatrique préalable obligatoire afin de déterminer si le sujet est « susceptible de faire l'objet d'un traitement »,
- soins prodigués par un médecin psychiatre traitant (MT) ou psychologue traitant (PT), sous le contrôle du médecin coordonnateur (MC) qui assure l'interface avec le juge d'application des peines (JAP),
- le condamné est informé par le juge qu'en cas de non-respect des soins proposés, une réincarcération est possible.

Source : FFCRIAVS. Les soins pénalement ordonnés, voir référence bibliographique ci-avant.

1. Les soins à la demande d'un tiers sont inapplicables en détention.
2. Mesure judiciaire qui entraîne l'obligation pour un condamné de se soumettre à des obligations de surveillance et d'assistance, destinées à prévenir la récidive.
3. Cette dernière est peu utilisée par les magistrats et s'adresse aux PPSMJ toxicodépendantes.
4. Obligation légale dans le soin.

Pour en savoir plus

- Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS). *Auteurs de violences sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.* [Audition publique] Paris, 14-15 juin 2018. En ligne : <https://www.ffcriavs.org/nos-actions/audition-publique/>
- Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice. *Guide de l'injonction de soins.* En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS). Les soins pénalement ordonnés. *Les Mementos.* En ligne : https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/6e/75/6e755892-10c9-4291-9428-825b3c21d2d9/plaquette_spo.pdf