

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

La date anniversaire des 20 ans de la promulgation de la loi du 17 juin 1998, et dans le contexte de la démarche de recherche et d'état des lieux de l'Audition Publique ces 14 et 15 juin 2018, nous avons souhaité nous mobiliser autour d'un projet régional autour de cette lettre d'info.

Nous avons sollicité des professionnels, à priori concernés par cette loi et la prise en charge des violences sexuelles dans le maillage santé-justice-social des différents départements qui composent notre région Rhône Alpes, afin de recueillir leurs témoignages : qu'est-ce que cette loi évoque pour eux ? Qu'a-t-elle eu comme impact sur leurs fonctions, pratiques, services et institutions respectives ? Quels seraient pour eux les points forts, points à faibles et ajustements à apprécier au sujet de cette loi et de sa mise en œuvre passée, présente et future ?

Voici, ci-après, en substance et en synthèse, la teneur de leurs propos sur ce thème.

- **Les Directrices/-teurs de Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation en région Rhône Alpes**

Comme en miroir de la complexité des enjeux subjectifs et intersubjectifs de cette clinique des violences sexuelles, le témoignage de certain(e)s directeurs/trices de Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation en région Rhône Alpes sollicités à l'occasion de cette lettre d'info, met en exergue certaines dimensions paradoxales que la loi de juin 98 semble encore soulever aujourd'hui. En effet, entre l'imaginaire « idéalisé » qui sous-tendait cette loi, sa portée symbolique, et le principe des réalités institutionnelles et leurs évolutions respectives qui nuance sa mise en œuvre, il apparaît nécessaire d'entendre l'une des problématiques centrale à l'œuvre chez nos sujets auteurs de violence sexuelle: tantôt la difficulté à dépasser des mécanismes de clivages, tantôt la tentation de la confusion de places, des fonctions, entre soi et l'Autre.

En premier lieu, lorsque nous les interrogeons « à chaud » sur ce qu'évoque pour eux la loi de 98, la figure du médecin coordonnateur, comme « 3ème interlocuteur », fait référence. Celui-ci apparaît comme « tiers », « médiateur », à l'articulation du soin et de la Justice dans le « réseau » convoqué par la définition de l'Injonction de soin dans le cadre d'une mesure de Suivi Socio-Judiciaire dont la PPSMJ (Personne Placée Sous Main de Justice) fait l'objet. Est cependant très vite relativisée l'efficacité de la loi dans la réalité. De multiples évolutions et facteurs institutionnels, temporels, contextuels, structurels semblent avoir pour effet d'essouffler un réseau interprofessionnel, de susciter un « relâchement » qui irait de pair avec la perte des contours de son « objet commun », le sens partagé de la loi par un glissement de sa forme, de son contenu, de sa logique organisatrice.

Historiquement, il nous a été transmis que la promulgation de la loi de juin 98 « *est sortie en même temps que les lois contre l'exclusion* », soit dans le contexte d'un mouvement juridique et gouvernemental désireux de mettre en place des moyens visant une prise en charge qualitative et quantitative plus

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

satisfaisante des populations « à la marge » de la société. Ces avancées institutionnelles représentaient donc un symbole fort soutenu d'un « projet de société », dont certaines coordonnées ont en effet pu évoluer, depuis ces vingt dernières années, et avoir un impact sur le réseau, la qualité du « maillage » santé - justice - social.

De la promulgation à la mise en oeuvre, cette loi a mobilisé le maillage (JAP, SPIP, soignants et médecins coordonnateurs) dans une émulation qui a permis l'officialisation des pratiques, « *éclaircissant les modalités de prise en charge sanitaire tout en clarifiant la distinction entre obligation et injonction de soins, chacun ayant connaissance de son cadre de travail et de ses limites tout en nous obligeant à travailler ensemble, le médecin coordonnateur se faisant pivot d'articulation où il pouvait parfois y avoir clivage du fait de l'opposition du secret médical* ».

Aussi, ce que cela a signifié dans l'évolution théorique du sens et de la dynamique dans la fonction de DSPIP a rencontré certains paradoxes dans la pratique, au sein des services. D'abord, paradoxalement, il est apparu que l'accès aux soins était plus aisé aux PPSMJ en intra carcéral (où cette loi n'a pas à être appliquée) qu'en extra carcéral et hospitalier, les moyens humains et l'articulation du réseau faisant défaut sur certains territoires. Alors, la confusion entre OS et IS pouvait y demeurer, et en conséquence, une méconnaissance et une confusion des places de chacun dans la prise en charge conjointe des patients/PPSMJ.

Par ailleurs, il est évoqué par certains DSPIP « *un risque de désengagement du JAP lorsqu'une injonction est prononcée en dépit de l'absence d'un médecin coordonnateur* », ce qui fait peser d'autant plus la mesure sur le SPIP avec toute la responsabilité que cela signifie, et ce malgré les moyens limités des services mandatés. Dans les situations pour lesquelles un médecin coordonnateur est disponible pour incarner ce « troisième interlocuteur dans la transmission des informations », il est parfois regretté qu'au lieu de fluidifier cette transmission, cela représente une « *perte d'information* », notamment lorsque le rapport annuel du médecin coordonnateur n'est pas rendu au JAP, ou qu'il n'est pas transmis du JAP au SPIP. En ce sens, la loi a de positif qu'elle peut s'appuyer sur les CRIAVS qui, par l'organisation du maillage régulier selon les territoires, tend à mettre en dialogue ces points aveugles de la loi, lorsqu'elle est transposée de la théorie à la pratique.

Selon les territoires encore une fois, les réunions de maillage santé justice sollicitées par le CRIAVS, si elles ont le mérite certes d'exister, n'ont pas le sens qu'elle pourrait pleinement avoir: l'ensemble des directeurs de SPIP formulent le souhait que la prise de parole et les échanges s'améliorent afin de mieux mettre au travail l'articulation autour des prises en charge conjointes. De plus, la réduction des moyens dans les champs professionnels concernés par cette loi rend difficile sa mise en oeuvre: la demande, de soins, de médecin coordonnateur, ne rencontre pas toujours de réponse positive, et lorsque c'est le cas, dans des délais qui ne favorise pas l'inscription dans le maillage du PPSMJ. Cela semble avoir un effet paradoxal, à nouveau, de banalisation ET de stigmatisation du public concerné.

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

Les points forts soutiennent cependant l'esprit initial de la loi: la création des Criavs, l'accent mis sur le pluridisciplinarité et le travail en réseau qui fonctionne aussi régulièrement, et étaye la réflexion et les rencontres interprofessionnelles enrichissantes.

Les ajustements suggérés pourraient être les suivants:

- Moins spécialiser les lieux de soin et renforcer les effectifs médicaux
- recruter des psychiatres et des médecins coordonnateurs
- Une instance plus locale, complémentaire à la réunion de maillage santé justice qui prend des tournants plus institutionnels, serait peut-être pertinent. Pour ce faire, la mise en place d'une charte du secret partagé. régulièrement bien redéfinir le rôle de chacun pour mieux co-porter le cadre auprès du PPSMJ.

- **Les Juges d'Application des Peines**

Les juges d'application des peines, interrogés à propos de la loi du 17 Juin 98, associent dans leur grande majorité cette loi au suivi socio-judiciaire. Pour certains magistrats le SSJ fait référence aux dossiers les moins nombreux mais les plus sensibles, où la question de la dangerosité peut être convoquée.

Même après vingt ans de pratique de cette loi, des magistrats constatent que des juridictions oublient de prononcer l'injonction de soin, par omission ou méconnaissance des mécanismes juridiques, parfois complexes et sources d'erreurs et d'interprétation.

Pour l'ensemble des JAP, l'introduction du médecin coordonnateur dans la loi du 17 Juin 98 signe un changement de paradigme, et inaugure un rapport nouveau entre professionnels, encourageant à une pluridisciplinarité de l'accompagnement suscitant une inter contenance indispensable au suivi.

Même si certains magistrats considèrent que les échanges avec le médecin coordonnateur sont riches, fructueux, nouveaux, d'autres trouvent que les échanges avec les médecins coordonnateurs sont strictement formels et ne permettent pas d'avoir une idée claire du suivi, ainsi qu'une lisibilité de l'évolution de la situation.

Un magistrat interrogé considère que 20 ans après la promulgation de la loi du 17 Juin 98, un éclaircissement législatif serait de bon aloi. Il considère, parmi les points faibles, que la durée très longue du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, et qui ne se base sur des critères de dangerosité ni psychiatriques ni criminologiques, obéit au seul diktat du « principe de précaution ».

- **Les médecins coordonnateurs**

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

Pour les médecins coordonnateurs, la Loi de 98 évoque **un meilleur suivi pour les auteurs de violences sexuelles** avec un réel suivi pluridisciplinaire et une meilleure articulation entre justice, social et santé pour accompagner la sortie de prison.

Ce qui est nouveau pour eux, **c'est que cette loi vise la prévention de la récidive des auteurs de violences sexuelles sur mineurs**. Elle systématise l'injonction de soin assortie au suivi socio-judiciaire. Elle introduit le médecin coordonnateur comme interface entre soignants et Justice et Administration Pénitentiaire, **ce qui permet une non rupture du secret professionnel** par l'adresse au médecin coordonnateur, fonction à mi-chemin entre l'expertise (rapport annuel) et la posture soignante (donne son avis sur le soin)

L'esprit de cette loi promeut également **une égalité de l'accès aux soins**, ce qui n'était pas pris en charge par les professionnels de la santé jusqu'alors.

Pour la plupart, cette pratique de médecins coordonnateurs est venue par intérêt personnel, et par motivation intellectuelle. Les médecins interrogés soulignent les formations nécessaires sur la question des agresseurs sexuels pour approfondir l'impact et les effets de cette loi sur leur fonction et leurs pratiques professionnelles. Lors de ces formations, les soignants découvrent une richesse clinique, travaillent les représentations sur les criminels et les délinquants. C'est un voyage au cœur de l'humain. Le travail santé/justice est primordial et nécessaire.

Ces pratiques et cette clinique sont récentes en psychiatrie finalement. Les réseaux professionnels « informels » concomitants à l'apparition de la Loi ont pu les mobiliser sur ces pratiques par ailleurs.

La loi du 17 juin 98 permet **un accompagnement en fin de peine de prison**. Les patients continuent de s'inscrire dans un suivi psychiatrique à leur sortie de prison, ce qu'ils ne feraient certainement pas sans y être obligés. Pour autant, s'il n'y a pas eu de travail thérapeutique en prison, le soin reste difficile à mobiliser par la suite.

S'il n'y avait pas eu la loi du 17 juin 1998 : il n'y aurait pas de prises en charge d'AVS actuellement. Pour autant, il y a un manque de formation des jeunes psychiatres qui sont peu sensibilisés à la médecine légale : ainsi l'application de cette loi reste problématique car il est difficile de trouver des soignants impliqués et formés, du fait de méconnaissance du cadre de travail et des pratiques. Les interviews soulignent un manque de thérapeutes sur le terrain : cette clinique peut faire peur. Ce dispositif peut sembler théorique, ou du moins très dépendant de l'intérêt porté par les thérapeutes à cette question, intérêt qui n'apparaît pas comme primordial parmi les psychiatres pour toutes sortes de raisons, dont la gestion de la psychiatrie en général par les différents gouvernements. Le législateur ou le pouvoir politique ne s'intéressent pas à la psychiatrie hormis par effets d'annonce ou de médiatisation lors d'un drame, notamment en ce qui concerne les violences jusqu'alors.

Les moyens pour les soins demeurent insuffisants pour rendre pleinement efficient le dispositif du fait de la spécificité des auteurs de violences sexuelles.

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

Les peines de suivi sont souvent longues souvent trop longues., il faudrait que le suivi socio-judiciaire soit réactualisé en sortie de prison. Ça perd de son sens et de son intérêt. Globalement, sauf pour certaines personnes, au-delà de 5 ans, il faudrait que ce soit argumenté. Parler avec le patient, de la possibilité de la fin du SSJ, c'est aussi reconnaître le cheminement du patient, parfois éprouvant, et arriver à lâcher prise, du coup ouvrir aussi la thérapie. Comment demander aux personnes de se réinsérer, si on remet toujours le ssj sur la table ?

Il ne s'agit en aucun cas d'annuler les actes, et ces réflexions sont au cas par cas.

Un certain nombre de personnes continuent leur suivi après la fin de leur obligation. La personne placée sous main de justice peut rester assez factuelle ou limitée pour verbaliser leurs émotions dans le cadre du soin. Ils peuvent décrire la qualité de l'investissement dans le soin mais il semble difficile de décrire ce qui avance pour eux. Les CMP sont ainsi, pour eux l'occasion de se confier, de parler d'eux à l'extérieur. Des liens se créent, et la possibilité d'interpeller le soin existe alors. Dans ce cadre, les réunions clinique de pole et les réunions de concertation avec les soignants restent donc essentielles.

Les professionnels du soin ont la chance d'avoir **une bonne relation avec les magistrats** : ces derniers ne sont pas intrusifs, ils ne cherchent pas à transgresser le secret professionnel, il y a une réelle confiance réciproque.

- **Les psychiatres en intra/extra hospitalier, intra/extra carcéral**

Quatre médecins psychiatres ont été interviewés : deux exercent en CMP, l'un d'entre eux en CMP et en milieu carcéral, le dernier en milieu carcéral. Leur ancienneté dans la profession va de 3 ans et demie à 39 ans et l'ancienneté dans la fonction de responsable de service de 3 ans et demie à 23 ans.

Trois d'entre eux ont débuté leur carrière de psychiatre après la promulgation de la loi du 18 juin 1998. Elle évoque pour certains la notion de soins sous contrainte judiciaire, pour d'autres, cette date spécifique n'évoque rien de particulier, car ces textes de loi, avec leurs incidences au niveau des soins, ne sont pas abordés lors des études de médecine. Elle évoque pour d'autres aussi l'apparition de la fonction du médecin coordonnateur, intermédiaire entre le soin et la justice dans le cadre de l'injonction de soin, avec les contours flous de cette fonction et des réponses très générales qui ne permettent pas d'identifier pleinement ce rôle.

La loi s'est imposée dans leurs pratiques lors de la rencontre de patients venant dans le cadre d'une injonction de soin. Les psychiatres du service public ont toujours reçu des personnes avec des demandes d'attestation de suivis, même avant cette loi. Ce sont les patients concernés qui ont apporté quelques éléments sur ce dispositif, ensuite, il a été nécessaire de se renseigner sur la loi et de se former pour les soins. Ce dispositif de contrainte de soin dans le cadre thérapeutique médico-légal s'adresse à des personnes non demandeuses de soin, sans symptômes qui permettraient la démarche. Elles ne présentent pas de troubles liés à la pathologie mentale pour un grand nombre d'entre eux. Il a été nécessaire de s'adapter à une demande sociétale qui implique un soin à une personne non malade et de travailler avec le médecin coordonnateur en position d'interface avec la justice.

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

C'est aussi par l'appel d'offre pour être médecin coordonnateur auprès des médecins PH par l'autorité administrative, après sa promulgation, que cette loi a été découverte. Cependant, cette position n'est pas aisée à tenir par le manque de formation et la « position d'intermédiaire entre la justice et le soin pour permettre au soignant de rester dans la confidentialité semblait un peu inutile, comme médecin traitant qui ne disait pas son nom » et la « position quasi mais pas expertale » insatisfaisante.

Pour les médecins qui sont arrivés après la mise en place de la loi, cela n'a rien changé, institutionnellement parlant. Pour les autres, cette loi a permis d'installer de plein droit le soin aux AVS dans le champ sanitaire, tout en prenant en compte le rapport du sujet à la loi, au devoir de se soigner et aux risques à l'extérieur des déviances comportementales. Cependant, les moyens n'ont pas suivi et il a été nécessaire de créer les PFR qui ont un budget dédié. Cette prise en compte a permis de valoriser ce travail en institutionnalisant et en pérennisant ces types de soin.

Dans un CMP, ces patients sont reçus par la filière proposée à tous les patients en tenant compte de leur état clinique et ce sont les soignants qui déterminent la fréquence du soin. Ces suivis ont nécessité des formations, en particulier de techniques qui permettent une évaluation du risque, de suivre l'évolution dans le cadre médico-légal. Ces spécificités ont suscité l'intérêt d'intégrer la PFR car la psychiatrie ne doit pas se désintéresser des patients à la marge. Il a été nécessaire de penser les certificats, par contre, en milieu carcéral, il n'y a pas d'attestation à fournir. Au sein de l'institution soignante, cela a permis d'identifier les professionnels et de dégager du temps pour les rencontres maillage-santé-justice-social proposées par le CRIAVS et le travail en lien direct avec l'ARS pour l'élaboration du cahier des charges des PFR.

Pour certains, les points forts sont le travail de collaboration avec l'ARS et la création du médecin coordonnateur et entre les PFR et le CRIAVS comme aide aux cliniciens et avec les rencontres de maillage santé-justice-social qui, malgré tout ne changent pas les relations santé-justice. Ce dispositif a permis un travail d'équipe pour ces prises en charge qui nécessitent de ne pas être seul pour ces types de suivi, en particulier face à des personnes perverses ou non demandeuses de soin et de recruter des professionnels formés. La loi a prévu que des psychologues puissent être traitants favorise les suivis face à la pénurie médicale. Ce dispositif a permis une perspective de soins parfois prometteuse à des patients porteurs d'une pathologie ou non conscients de leurs « déviances » ou et des dommages pour autrui. En milieu carcéral, des personnes viennent au soin pour les aménagements de peine, pour les violences subies en milieu carcéral à cause de la stigmatisation pour les actes qu'ils ont commis et ont besoin d'en parler.

Les points faibles se situent aussi au niveau des attentes du soin pour la justice avec en ligne de mire la prévention de la récidive alors que pour les soignants c'est une accroche ou pas au soin pour l'obligé. Certains experts ne recommandent pas le soin, mais le juge peut prononcer un soin malgré cette expertise. Or, le soin n'a pas une fonction magique avec une guérison par forceps. Les temps du soin et du judiciaire ne sont pas les mêmes avec une attente de la part de la justice de rencontres fréquentes entre le patient et les effecteurs de soin et en adéquation avec la personne pour les soignants.

Témoignage des acteurs de la région Rhône-Alpes sur les effets de la Loi du 17 juin 1998

Les points faibles sont au niveau des moyens médicaux insuffisants en lien avec la pénurie médicale et la difficulté de lien avec les secteurs de psychiatrie traditionnelle qui considèrent ces personnes par rapport à leurs actes sans considérer le diagnostic psychiatrique quand il existe. Ils se situent aussi au niveau de la fonction de médecin coordonnateur qui n'est pas suffisamment claire, en particulier au niveau de la confidentialité. Il est préférable d'interpeler le CRIAIVS ou la PFR lors de problème avec un patient en permettant de parler au patient de sa responsabilité ainsi que de celle du médecin traitant.

Au niveau des ajustements qui seraient souhaitables, une certaine souplesse du dispositif pourrait permettre une appropriation progressive du soin par la personne. Certains patients poursuivent le soin après à la fin de la mesure lorsque la personne s'est investie dans le soin avec le temps.

Afin de permettre une proposition du soin sur tout le territoire avec la difficulté rencontrée par la psychiatrie adulte actuellement, des séances de psychothérapie avec un psychologue en libéral au plus près du domicile du patient pourraient être remboursées. Le CRIAIVS qui pourrait faire un état des lieux des manques de lieux de soin. Ses missions de formation, d'espace expert et de réseau seraient une ressource pour ces professionnels libéraux.

Il serait intéressant, enfin, pour certains, de pouvoir lever ces obligations après argumentation pour les personnes qui ne relèvent pas du soin.

Remerciements aux interviewés d'avoir répondu favorablement à notre sollicitation et de s'être rendus disponibles pour co-construire cette communication :

- DSPIP : Cécile AGHINA, Isère ; Bernard GROLLIER, Haute-Savoie ; Patrice ROCHETTE, Savoie ; Mme HENCKENS, en Drôme et Ardèche
- JAP : Claire BERAUD, TGI Vienne ; Mme FEVRIER, TGI Chambéry ; M. DEBRUN, TGI Ardèche ; Mme BLOCH, TGI Drôme ; M. FERRAND, TGI Lyon
- Médecins coordonnateurs : Dr Philippe VITTINI, Isère ; Dr GARNIER, Savoie ; Dr BELLON, Drôme ; Dr GUIRAUD, Ardèche
- Médecins psychiatres, praticiens hospitaliers : Adrien PONTAROLLO, CMP Fontaine, UPC, SMPR Varcès ; Bernard OLLIER, CMP de Vif ; Francine SPITZ, CMP Les Oréades à Echirolles ; DR GIRET, SMPR Lyon
- Dr Mathieu LACAMBRE, Président de la FFCRIAIVS

Remerciements aux interviewers et rédacteurs de cette lettre d'info :

Délégation de Grenoble : Claire LAMBRINIDIS, Documentaliste ; Sylvie BOUGUIN, infirmière ; Camille ROUTIER, psychologue

Délégation de Lyon : Nordine ABDERRAHMANE, infirmier

Délégation de St Etienne : Amandine LOTISSIER