

ERAP Formation
Compte-rendu de colloque

15^{ème}

**RENCONTRE
NATIONALE
des C.M.P.**

11 -12 et 13 mai 2009



FIAP Jean MONNET...
Adresse : 30, rue Cabanis - 75014 PARIS

Préambule :

Pour réaliser ce document, nous avons choisi de prendre en compte le déroulement chronologique de ces journées ainsi que les thèmes et questions abordées.

Afin d'éviter certaines redites, toutes les interventions n'ont pas été citées ou reprises : leur esprit et leurs points forts sont néanmoins présents.

Pour cette 15^{ème} rencontre nationale des CMP, Erap Formation a choisi de se confronter à un sujet spécifique et à une actualité chaque jour réitérée : la délinquance sexuelle. Hier encore 2 prévenus d'actes de pédophilie mettaient fin à leurs jours dans une prison française.

En quoi les CMP sont-ils concernés par cette question ?

Pourquoi les CMP seraient-ils à exclure du champ de cette problématique ?

15^{ème} rencontre, 15 ans déjà.

15 ans c'est un début de majorité, sexuelle s'entend...

Et déjà, nous voici envahis par des fantasmes, des refoulements, des questions, des positionnements, une éthique. Un thème difficile, sensible, compliqué.

Si ces rencontres ont su garder un caractère intimiste avec une participation moindre par rapport aux rencontres habituelles, peut-être devons nous nous interroger ? Certes, il y a à Montréal en ce moment-même le Congrès International Francophone des Agressions Sexuelles, mais tout de même...

Après une référence au contenu de la plénière, nous vous proposons quelques pistes de réflexions soulevées lors des ateliers :

- les mineurs et la délinquance sexuelle
- quelles thérapies envisagées
- prévention et réinsertion

Les lois Guigou du 17 juin 1998 sur la prise en charge médicalisée et le suivi socio judiciaire des délinquants sexuels, le projet de loi qui doit être déposé en juillet 2009 par le ministre de la justice Rachida Dati sur l'injonction des récidives, donnent à la question de la délinquance sexuelle une actualité forte et pose aux équipes soignantes de nouvelles questions. Les équipes de psychiatrie, les travailleurs sociaux se doivent d'organiser en lien avec l'administration pénitentiaire des dispositifs de prise en charge pour traiter « les délinquants sexuels », prévenir la récidive...

Mais, sommes-nous prêts ? Et, qu'est ce que la délinquance sexuelle ? De quoi parle-t-on : d'incestes, de viols, de pédophilie, d'attouchements ? Et, que faire ? Quels soins mettre en œuvre ? Quelles contraintes accepter ? Quelle place pour les uns et les autres ? Quelles articulations entre les structures soignantes et l'administration judiciaire ?

Les questions sont donc nombreuses et fortes ...

Gérard Mosnier nous a rappelé dans son intervention, l'importance du phénomène, avec près de 25 % de personnes incarcérées dans les prisons françaises pour des actes de délinquance sexuelle. Près de 10 000 crimes et délits de cette nature commis chaque année en France.

Jusqu'en 1993, on parlait d'atteinte aux mœurs avec classiquement 4 catégories d'atteinte :

- viols et problèmes avec violence,
- délits sexuels sur mineurs comprenant les actes de pédophilie,
- l'exhibitionnisme (il y aurait des choses à dire au regard d'Internet),
- les problématiques de harcèlement sexuel.

On le voit, les réponses aux questions posées sont difficiles :

- désaccord des spécialistes sur les pratiques et les effets thérapeutiques,
- évolution de l'opinion publique qui souhaite à 80 % un suivi de délinquants sexuels après leurs peines,
- incertitude concernant les « délinquants » à prendre en charge,
- mise en œuvre difficile de la loi Guigou, par manque de volonté et de moyens.

Faisons la distinction entre l'obligation de soins et l'injonction de soins :

- **L'obligation de soins** :

Les soins obligés ont toujours existés. La loi de 1954 prévoit le soin lié aux alcooliques dangereux, aux personnes qui font usages de stupéfiants. Toutefois, si l'expression « obligation de soins » est souvent utilisée, la voie de la justice en fait référence en 1978 au travers d'une circulaire, qui indique que l'obligation de soins doit être préférée lorsque l'utilisateur refuse l'alternative thérapeutique ou si, l'ayant initialement acceptée, il s'y soustrait.

C'est ainsi que l'obligation de soins :

- peut être proposée à l'utilisateur à l'entrée dans la procédure judiciaire par le procureur de la République,

- lui être imposée en cours de procédure judiciaire où la cure est ordonnée par un juge d'instruction, un juge des enfants dans le cadre du contrôle judiciaire (art.L 628-2 csp) ou par une juridiction de jugement

- **L'injonction de soins :**

Est prévue par la loi du 17 juin 1998 dite loi Guigou. C'est une mesure d'assistance qui est ordonnée dans le cadre du suivi socio judiciaire.

Depuis, plusieurs ajouts à cette loi ont été faits :

- L'injonction de soins peut concerner notamment les individus condamnés à un sursis avec mise à l'épreuve, ceux bénéficiant d'une libération conditionnelle, ou, ceux bénéficiant d'un placement sous surveillance judiciaire.

- Il est à noter par ailleurs, que cette injonction de soins concerne également les auteurs d'infractions de meurtre, d'actes de barbarie, d'enlèvement, de séquestration, de violences conjugales.

L'ordonnance d'injonction de soins est prononcée par l'administration judiciaire, à la suite ou non d'une expertise médicale. Cette injonction de soins prévoit un médecin coordinateur, chargé de faire le lien entre le condamné, le médecin traitant et le JAP.

En effet, ce médecin coordinateur doit :

- aider le condamné à trouver un médecin traitant prodiguant les soins,

- transmettre au médecin traitant les éléments du dossier judiciaire du patient,

- s'assurer du suivi thérapeutique pour en informer, dans les limites du secret médical, le JAP.

La fonction du médecin coordinateur laisse toute liberté au médecin traitant pour mener le traitement comme il l'entend.

Depuis le 12 décembre 2005, le médecin coordinateur peut faire également appel à un psychologue traitant et, ou, en plus, à un médecin traitant.

La différence majeure entre l'obligation de soins et l'injonction de soins réside uniquement dans la présence ou non d'un médecin coordinateur.

On le voit, il y a des interactions très fortes posées par la loi entre les équipes de soins et l'administration pénitentiaire qui ont, ensemble, à gérer les 3 temps de la prise en charge :

- le temps de la détention et de la condamnation avec ou non l'acceptation à l'injonction de soins : gestion du consentement et de l'acceptation du traitement,

- le temps de la sortie de prison : la prise de risque par rapport à la demande

sécuritaire - articulation et suivi entre le thérapeutique et judiciaire,

- le temps des soins ambulatoires plus ou moins long, plus ou moins contraints, plus ou moins spécifiques : acceptation de la part des équipes.

Qui sont les auteurs d'agressions sexuelles ?

Vaste question posée d'abord par M. Pradel, infirmier, référent régional d'ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agresions Sexuelles).

Agresseur sexuel, violeur, délinquant sexuel, pédophile, ces expressions ne sont pas neutres. Elles sont sujet à débat et situent « l'utilisateur » dans un champ soit moral, soit sanitaire, soit pénitentiaire, soit....

Et, si comme a tenté de nous le montrer le Docteur Franck Chaumont, le pédophile moyen était un Monsieur tout le monde, en forçant le trait, et si les pédophiles étaient des gens normaux ?

Le pédophile moyen est identifié aujourd'hui comme :

- Souvent dans les associations,
- Bien insérer socialement,
- Qui aime les enfants.

Et, l'abus sexuel sur mineurs n'est-il pas le nouveau paradigme entre la psychiatrie et la justice ? C'est un nouveau rapport entre la psychiatrie et le droit.

Madame HUGON et M. LONCLE insistent et développent le fait que les patients pénalement obligés ont un point en commun : la Société les a identifié porteurs d'un trouble...

Recevoir cette parole adressée au citoyen n'est pas rien...

Pour le soignant il est important de prêter attention à la fois :

- au lieu de définition du trouble,
- à ce que peut dire le patient du trouble lui-même,
- à ce que le soignant lui-même ressent et comprend dudit trouble.

Le passage de l'article 64 du code Napoléon (qui posait la ligne de partage entre folie et pénal) à l'article 122 - 1 du code pénal (qui rend l'individu à la fois responsable et malade) n'est pas sans jeter le trouble sur les prises en charge des auteurs d'actes reconnus par la société à un instant donné comme répréhensibles. Auparavant, il pouvait être reconnu comme malade ou responsable (avec d'éventuelles circonstances atténuantes). Aujourd'hui la loi de 1998 rend ce possible du malade et du responsable. Les « auteurs » sont condamné très sévèrement (responsable) et sont condamné

comme malade (obligation de soins). La peine est donc double.

Alors nommons les délinquants sexuels « auteurs d'agressions sexuelles » ou « auteurs de violences sexuelles » à moins que le fait de les nommer « délinquants sexuels » soit un signifiant suffisamment explicite pour marquer un commencement judiciaire à leur rencontre.

Hier il était dénommé pervers, sans doute à la dégénérescence héréditaire, inamendable...

Aujourd'hui le « délinquant sexuel » fait de plus en plus peur et impose un recours aux soins demandé par la société.

Un contexte - des acteurs - un scénario.

Pour l'OMS, la violence sexuelle comprend « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires au avances de nature sexuelle, 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, y compris mais sans s'y limiter, au foyer et au travail ».

Pour le Ministère de la Solidarité, de la Santé, et de la Protection Sociale, l'abus sexuel est un acte qui peut prendre différentes formes, allant de l'exhibitionnisme ou des caresses, jusqu'au viol ou à l'inceste. La pornographie et la prostitution en sont les formes commercialisées. Le viol, l'inceste, les attentats à la pudeur sont interdits par la loi (article 331 et 333 du code pénal). La peine est aggravée lorsqu'il s'agit d'un enfant (mineur de moins de 15 ans) ou lorsque l'agresseur est un ascendant ou une personne ayant autorité sur l'enfant. Elle peut aller jusqu'à 20 ans de prison.

Nul n'est censé ignorer la loi.

Atelier 1 : Les mineurs et la délinquance sexuelle...

L'environnement et ses dysfonctionnements apparaissent et sont questionnés :

- Fragilité de cette dame qui dit ne pas avoir accouché, touche son ventre et cherche sa fille dans son berceau, gardant parfois son bébé contre elle, alors que son compagnon sous contrôle judiciaire pour une affaire de pédophilie se montre violent, impudique, et immature....

- Toilettes avec les portes décrochées...

- Jeune adolescente assise, sans sous vêtement sur les genoux d'un adulte sous le regard d'adultes tout aussi défaillants et nécessitant des rappels éducatifs.

- Mère trop fusionnelle avec son fils qui le considère comme son « petit homme » ayant pris l'habitude de le masturber pour qu'il s'endorme....

Le professionnel est souvent seul face aux histoires de vie, seul face aux réponses à apporter, comme dans le cas de cette enseignante, qui découvre dans le cadre d'un travail scolaire écrit qu'une élève accuse son père d'abuser d'elle depuis qu'elle a 8 ans.

Ecouter - Transmettre - Gérer ses émotions :

Gérer ses émotions, les émotions de l'autre, les attentes, les regards, les institutions, le cadre juridique : Que dire ? Comment réagir ? Quelles responsabilités ?

D'autres professionnels, notamment de l'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) nous font part du protocole qui fixe les conditions d'intervention, les objectifs et modalités d'évaluation. La méthode préconisée a été acquise par l'expérience. Il s'agit d'apporter des réponses à un travail où la place de chacun et les articulations entre les différents intervenants qu'ils soient éducatifs, judiciaires ou soignants est chaque jour à remettre en question.

Comme nous l'a évoqué une professionnelle de la PJJ, on retrouve souvent deux constantes dans l'environnement familial de l'adolescent victime de l'auteur d'agression sexuelle :

- la confusion de la place de chacun,
- la confusion au niveau des générations.

Un certain nombre d'adolescents auteurs de violences sexuelles ont été victimes d'agressions sexuelles, mais ce n'est pas systématique. Ils ont alors souvent été victimes de maltraitements physiques ou morales.

Le délinquant sexuel est-il un malade ? Le malade peut-il être délinquant ? Est-ce une pathologie d'être délinquant ? Et délinquant sexuel ?

Peut-on parler de dysfonctionnement dans les institutions lors de signalements ? (le signalement est une action liée à l'individu, dissocié de sa hiérarchie. Il implique la personne et nécessite un soutien)

Accompagner, soigner, ne pas juger, ne pas refaire le procès, travailler avec les familles semble important...

Travailler sur la ligne de crête avec risques nécessite une bonne dynamique d'équipe afin de porter le risque...

Il faut être vigilant sur la fascination de l'auteur... le dérapage de l'acte...

Atelier 2 : Quelles thérapeutiques ?

Différentes expériences de prises en charge sont proposées à travers des consultations spécialisées, comme au CMP de Paris G 20-21 du Docteur Santos.

Les différents intervenants s'inscrivent dans une philosophie de soins : si l'on considère les actes de violences sexuelles possibles de la part d'un patient dans le cadre d'une rechute ou de la récurrence, l'objectif est de créer des conditions permettant au patient de constituer des représentations mentales qui vont s'interposer entre le désir, la pulsion et l'acte lui-même.

L'intervention de Franck Pitteri, psycho-motricien, s'intègre dans le dispositif des consultations qui associent soin obligé, tierceité et approche pluridisciplinaire. L'émotion et l'empathie sont au cœur du travail entrepris. L'objectif, est, à travers une mise en jeu du corps, de favoriser la constitution de représentations mentales stables associées à des vécus émotionnels et empathiques propres, portant sur des valeurs relationnelles où le tiers est respecté.

Par ailleurs, il est nécessaire d'instaurer un cadre thérapeutique solide, stable pour assurer le suivi de ces sujets dont la relation à l'autre est emprunt de mécanismes pervers. La prise en charge assurée par l'équipe pluridisciplinaire permet de brèche les aménagements pervers qu'une telle clinique ne manque pas de produire.

Le choix du CMP de Villefontaine est différent : monter un dispositif de soin de groupe le TAIS, (Groupe Thérapeutique pour les Auteurs d'Infraction à caractère Sexuelle). C'est un groupe ressource de professionnels, qui, dans le cadre de leur travail s'interroge :

- Quelle est la demande ?
- Que leur proposer ?
- Que se passe-t-il dans la tête de l'agresseur sexuel ?
- Qu'est ce qui nous anime, nous, soignants, face à l'agresseur sexuel ?

Que faire face à une demande d'accueil du délinquant sexuel en CMP ? Faut-il une unité spéciale ? Un dispositif particulier ? Quelle est la liberté des soignants ? Existe-t-il des méthodes spécifiques de soins ?

Une évidence : les délinquants sexuels renvoient à une sidération, une fascination, une émotion qui relève encore du tabou, et qui nous interpelle au point de nous déstabiliser dans notre pratique de soins.

Nous sommes semble-t-il encore au balbutiement de ce que nous pouvons faire avec les délinquants sexuels... Protocoliser le soin est-il important ?

Le thérapeute n'est pas soumis à l'injonction ou à l'obligation de soins - clinique singulière, rencontre singulière, juste distance. Pour autant il est important de poser un cadre bien défini : qui accueille, qui évalue ? Le soin doit être connu... Même si c'est un soin obligé, le principe de l'équipe doit être avalisé.

Le champ de la parole est important (parole en groupe - psychocorporelle)...

Atelier 3 : Prévenir - Réinsérer

Comment donner du sens au soin ?

Essentiellement de la récidive comme nous l'ont montré Mme Toutain et M. Brun, (CMP Cathelin) à travers l'histoire et la prise en charge de M. C ; Les acteurs JAP (Juge d'Application des Peines), SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation), les CIP (Conseillers d'Insertion et Probation), les personnels soignants, médecins coordinateurs ont œuvré pour réaliser un suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soin.

Les traitements mis en œuvre, psychothérapeutiques et médicamenteux, ont tenté de constituer pour M. C la réalisation d'un étayage social non entièrement abouti. L'exploration du psychisme est, comme l'a dit M. C. Ballier, difficile, et met le thérapeute à l'épreuve.

La prévention consiste à anticiper et non à prévoir des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. Trois stades de prévention sont classiquement décrits :

- Prévention primaire : lutter contre les risques avant l'apparition de tous problèmes, en faisant attention d'avoir déjà déterminé les facteurs de risque,

- Prévention secondaire : dont le synonyme pourrait être le mot de dépistage c'est à dire chercher à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social,

- Prévention tertiaire : elle vise à prévenir les rechutes ou complications. Il s'agit donc d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

A chaque stade de prévention, l'information, la formation ou l'éducation pour la santé peuvent être employés dans un même projet à des étapes différentes.

La prévention et la protection sociale doivent-elles être la seule légitimité de la prise en charge ? On parle beaucoup de réinsertion des personnes détenues : on devrait d'abord parler « d'insertion », car une bonne partie des personnes qui sont mises en

prison ne sont pas réellement bien insérées dans la société avant leurs incarcérations. Elles ont souffert dans leur passé (souvent dans leur enfance) de carence éducatives, affectives, et de problèmes psycho-sociaux qui ne leur ont pas permis d'avoir une trajectoire normale de vie.

Et comme on l'a entendu, la non récidive c'est la cerise sur le gâteau...

Quelles sont les interrogations, difficultés qui nous arrivent dans ce type de rencontre ?

Quelles est notre mission, en qualité de soignant travaillant en CMP / sectorisation ?

Que devient l'éthique du soignant, où se situe sa responsabilité ?

Le terme « délinquant » est inapproprié pour les soignants, « l'agresseur » semble plus adéquat...

Il semble que la prise en charge soit difficile, qu'il n'y a pas de méthode spécifique pour cette prise en charge. Il y a des difficultés à poser le champ d'intervention...

Et pourtant, le travail doit être entrepris comme pour tout type de patient : écoute, aide ... La santé sait davantage s'occuper des agressés que des agresseurs...

Il ne semble pas y avoir de profil type... ce sont des gens en marge, frustrés...

Il y a une différence entre une récidive judiciaire, et une répétition psychologique...

Prérogatives du psychiatre :

- significatif de la prise en charge ?
- investissement du psychiatre ?
- délégation du soignant ?
- problème de diagnostic ?

Positionnement du soignant :

- confusion du champ des interventions ?
- nos limites ? nos confusions ?
- s'interroger sur nos missions, nos limites...
- la réinsertion sociale relève-t-elle du soin ?

Notion de binôme :

- ne pas se sentir seul dans ce type de prise en charge ...
- cadre ?
- équilibre ?
- ne pas perdre de vue le rôle du soignant et le rôle d'accueillant...

Qui prend la décision sur la responsabilité de donner la possibilité aux malades de sortir ?

Pour conclure, quelques lignes forces...

- les délinquants sexuels nous obligent à nous repositionner dans notre place et rôle de soignant.

- Le malade peut-il être délinquant ? Le délinquant est-il malade ?

- le cadre de soin oblige à une rencontre singulière et spécifique où il faut maîtriser émotions et contre transfert « pour faire freudien », ne jamais travailler seul.

Et, il reste des interrogations sur notre prise de recul, sur nos tabous, sur notre sexualité... d'autant qu'avec les projets de réforme hospitalière en cours, une redéfinition du rôle soignant est proposée : le soignant devra assumer une obligation de sécurité vis à vis des citoyens.

Citons Nietzsche : « Quiconque combat les monstres doit s'assurer qu'il ne devient pas lui-même un monstre, car, lorsque tu regardes au fond de l'abysse, l'abysse aussi regarde au fond de toi. »