

## Rapport d'expert [18]

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soin? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ?

**Pierre LAMOTHE**

*Psychiatre des hôpitaux, ancien chef du pôle SMD-PL, CH Le Vinatier, expert agréé par la Cour de cassation.*

*Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Lamothe, P. (2018). L'injonction de soins : indications de la prescrire et indications d'y mettre fin. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.*

### Sommaire

Quels sont les critères pertinents pour proposer une injonction de soin? Du point de vue de l'expert, y a-t-il des critères pour proposer la levée de la mesure ? .....	1
Sommaire .....	1
Introduction.....	2
Un contexte très chaud et préoccupant.....	2
Petit rappel historique.....	3
Soigner utile seulement ?.....	4
Indication par excès et non-indication par défaut .....	4
Injonction de soin et risque de récurrence, la compliance .....	4
Déni et dénégation... ..	5
Attention à l'idéologie de l'expert et du coordonnateur .....	6
Les principes du soin dans l'injonction du suivi socio-judiciaire .....	6
Critères cliniques d'indication d'IS .....	7
Qu'est-ce qu'une injonction de soins réussie ?.....	10
Faut-il une expertise ou le coordonnateur a-t-il aussi pour mission de mettre fin à sa mission ? ...	10
En guise de conclusion .....	11

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

## Introduction

---

L'injonction de soins (IS) est par elle-même un paradoxe dont de fait les indications seront difficiles à préciser si l'on n'en comprend pas d'abord l'esprit : elle est censée respecter la liberté de l'AVS (auteur de violences sexuelles) tout en restreignant cette liberté et en lui imposant un soin par une décision de justice analogue à une peine. Comme la contrainte civile des soins sans consentement elle a pour but de protéger la collectivité autant que de protéger l'individu lui-même et contre lui-même. Le principe du respect de la liberté du justiciable, même à l'intérieur d'une peine privative de liberté et assorti de mesures de rétorsion qui grèvent pratiquement cette liberté, conduit à s'interroger sur l'opportunité et l'efficacité d'une mesure qui paraît inapplicable et inappliquée là où précisément on la souhaiterait le plus ! Tous ceux pourtant qui ont accepté d'appliquer la loi, "clients" et effecteurs, savent que malgré tout elle peut remplir sa fonction et atteindre son but mais que thérapeute et contrôleurs pour "atteindre" le fonctionnement de la personne soumise à l'IS se situent toujours aux frontières de la pédagogie chez des personnalités immatures et doivent d'abord accepter d'être des modèles d'identification qui "soignent" par l'exemple d'un fonctionnement moral et respectueux de l'autre. On pourrait donc dire d'emblée même si je ne renonce pas à avancer des critères favorables et défavorables à l'indication et à la poursuite de l'IS qu'elle est d'abord contingente à la conception qu'en ont les partenaires médecins, psychologues et judiciaires pour tout justiciable mais avant tout pour chaque justiciable en particulier qui en fait l'objet et qui doit d'abord faire l'objet d'empathie. L'IS n'est pas une intervention chirurgicale sur un malade anesthésié et dont seul un organe est visible dans le champ opératoire (encore que même dans ce cas l'empathie du chirurgien ne soit pas complètement absente même s'il se protège par une pensée elle aussi opératoire) et la bonne indication "médicale" de l'IS comme de son dénouement ou du constat de son inutilité dépendra toujours de l'idée qu'on s'en fait et qu'on se fait du condamné.

2

## Un contexte très chaud et préoccupant

---

L'esprit d'une audition publique est certes de pouvoir apporter des réponses pratiques aux problèmes de l'heure mais aussi de contribuer à la réflexion permanente qui vienne rappeler que le travail des experts s'inscrit dans un contexte social et historique qui nous concerne tous et que le soin ne peut se faire, même obligé, contre et malgré la société.

Au moment où se tient cette audition publique l'actualité vient de façon très dramatique remettre l'accent sur la délinquance sexuelle comme un problème de société majeur, interpellant à nouveau les corps constitués supposés être vigilants et intraitables quant aux conduites de leurs membres et les pouvoirs publics qui n'en ont jamais fait assez pour prévenir les crimes. La télévision et particulièrement les chaînes d'actualité permanente relaient l'excitation avec une intensité et une durée qui interrogent sur les priorités de leurs journalistes et bien sûr de leurs auditeurs c'est-à-dire de nous tous en fin de compte. D'une dramatique indifférence voire tacite tolérance des crimes et abus sexuels dans les décennies passées, notre époque est actuellement dans une attitude à nouveau préoccupante par son manque de sérénité et sa fascination "raide" face à l'inconduite des AVS. Cette fascination qui met l'emphase sur les événements au-delà de la raison et même bien au-delà de l'affectif dans le compassionnel et l'émotionnel ne doit sans doute pas être perçue seulement comme une réaction légitime face aux dégâts commis sur les victimes et indignée de notre passivité antérieure. Elle est en grande partie réactionnelle à notre propre tentation "moderne" de nous approprier les enfants devenus précieux par leur petit nombre et la quasi certitude de les amener à l'âge adulte par notre niveau de vie et la fin de la mortalité infantile qui rendait leur survie aléatoire : quand on n'en a plus que deux, laisser l'enfant devenir ce qu'on ne voulait pas pour lui ou faire autre chose que ce que

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

L'on lui avait prévu en référence ou en négatif de notre propre histoire est plus difficile que du temps de Montaigne qui "ne savait plus combien de petits enfants il avait perdus en bas âge" ou simplement du temps d'avant le contrôle des naissances (un terme désuet mais qui a le caractère explicite charmant du temps où on n'avait pas peur du premier degré comme depuis l'implacable mémoire des images et les réseaux sociaux). Nous devons lutter contre nous même pour éduquer en respectant, en laissant l'enfant écrire son propre "livre blanc" et du coup le pédophile ou le prédateur qui se prétend propriétaire de l'enfant et en droit d'en faire ce qu'il en veut ou même de le révéler précocement à ses propres désirs nous apparaît insupportable et même blasphémateur, ce qui n'était pas encore le cas en mai 1968 dont nous avons commémoré les 50 ans en oubliant l'émancipation sexuelle des mineurs et même des enfants qui était revendiquée par certains auteurs en vogue qui, même jugés sulfureux à l'époque, n'auraient plus droit de cité ni plus droit de citation aujourd'hui !

Un autre point important qui peut expliquer la stigmatisation du crime sexuel devenu le crime des crimes est la difficulté de s'identifier à son semblable dans une période de remise en question identitaire et de bouleversement des ordres établis clairs et stables entre générations, classes sociales et cultures, source d'inquiétude et de mise en place de défenses d'autant plus radicales et violentes que l'anxiété qui y conduit est forte. La peur de l'autre trop différent ou au contraire trop proche se manifeste souvent par la pensée qu'il est dangereux et qu'il l'est non pas individuellement mais par son caractère générique. Après l'opprobre qui frappe la liberté de penser "raciste" (il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici d'une inacceptable forme quelconque de conduite raciste active mais bien des préjugés contre lesquels nous sommes tous dans la nécessité de lutter dans toute situation de rencontre pour laisser sa chance à l'autre de n'être pas comme nous l'avons identifié dans notre imaginaire) simpliste mais inévitable et à dépasser, le racisme anti-pédophile vient se substituer pour le soulagement des âmes simples avec un caractère quasiment licite aux racismes "interdits", anti-homosexuels, anti-black, anti-juifs, anti-islamiste, anti-Roms etc

Cette stigmatisation consensuelle a deux effets pervers très directement anti-thérapeutiques : ils développent le sentiment d'injustice chez l'AVS qui va s'estimer trop sévèrement puni, incompris et surtout méprisé d'une façon telle qu'il ne lui reste plus qu'à disparaître ou à assumer sa condition de "monstre" par son comportement en s'abandonnant à une politique du pire plus ou moins cynique. Mais il en sera bien souvent de même pour la victime dont la radicalisation en position de victime lui interdira de guérir du traumatisme "extrême et irréversible" que lui rabâchent ceux qui devraient l'aider au contraire à le dépasser et à vivre avec son expérience.

## Petit rappel historique

---

L'IS s'est concrétisée en partie sur l'idée après le rapport Balier que l'encadrement et la contrainte par la loi pouvait être la voie vers un soin nécessaire ou souhaitable pour lequel le désir du patient ne pouvait se manifester ou dont la représentation imaginaire empêchait la demande. Mais les pourparlers avec les instances ministérielles, DGS qui avait une réalité et du pouvoir à l'époque côté santé et côté justice différents ministres puis Jacques Toubon et enfin Elisabeth Guigou, étaient déjà très engagés depuis les expériences lyonnaises au Pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot et au CMP du SMPR dès 1981 entre médecins et magistrats autour de l'obligation de soin mal adaptée au post-pénal et trop floue ("Le magistrat conduit le justiciable à la porte du médecin et l'y abandonne" disait à l'époque le haut conseiller Olivier) avec la démultiplication des soins qui préfigurait l'IS : un médecin de l'équipe acceptait d'être l'interface judiciaire et délivrait les certificats de suivi en consultation tandis qu'un autre sans contact avec le magistrat était le soignant et acceptait les aléas de la thérapie. Il ne s'agit pas ici de querelle d'antériorité pour l'inspiration de la loi de 1998 mais du rappel que la

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

fonction de médecin coordonnateur est née autant de la nécessité de ménager le secret médical dans les exigences de l'application des peines et du contrôle judiciaire que de la théorie de la contrainte conduisant au consentement. Le médecin coordonnateur est le garant de la réalité de l'alliance thérapeutique, alors que bien souvent son rôle a dérivé vers un rôle d'expert contrôleur souvent plus moral que technique vis-à-vis du quel le thérapeute va parfois se dérober estimant sa position d'autant plus intenable que certains CPIP persistent à demander directement au médecin traitant ou au patient des certificats ou preuve de suivi nonobstant le rapport prévu du coordonnateur ! (Un guide méthodologique non officiel légitime même cette pratique d'un façon un peu ambiguë et l'audition publique pourrait être l'occasion de rappeler que ce n'est pas la loi).

## Soigner utile seulement ?

---

Qu'est ce que soigner un AVS après tout ? Soigner un comportement sans soigner ce qui le sous tend n'est pas un soin. S'agit-il comme tout soin d'amener l'AVS à ne plus souffrir (alors que bien souvent il ne souffrait et ne souffre pas), à ne plus faire souffrir autour de lui (alors que lui faire assez peur serait peut-être plus ou assez efficace), à penser "correctement" selon la morale commune ? Si le résultat de la prévention de la récidive peut à la rigueur s'apprécier concrètement par l'absence de nouveau passage à l'acte (jusqu'ici ! mais la récidive peut subvenir au lendemain du compte...), comment apprécier le résultat du soin ? Par la disparition seulement des conduites à risque ou de surcroît des pensées coupables ?

## Indication par excès et non-indication par défaut

---

Il existe de nombreux experts qui prescrivent systématiquement l'IS dans leurs conclusions par simple prise en considération de la nature des faits sans préjudice d'un étayage clinique : l'IS est à leurs yeux indiquée pour deux types de délinquants à l'exclusion de tous les autres, ceux qui demandent les soins et ceux qui les refusent ! On pourrait justifier cette attitude par le fait que même si le patient se met en cause dans une bonne critique de lui-même et accepte ou réclame les soins, deux précautions valent mieux qu'une surtout sur la durée par rapport à un engagement peut-être fragile ou opportuniste, mais aussi à l'inverse par le fait que c'est le sens et le but même de l'IS : elle est censée conduire le patient récalcitrant vers la demande de soins à travers la rencontre obligée. Cette dernière position a été en fait plus ou moins invalidée par les recommandations en cours après les auditions précédentes qui écartent les auteurs qui nient les faits du "bénéfice" de l'IS.

## Injonction de soin et risque de récidive, la compliance

---

La question de l'indication de l'IS et surtout de son interruption lorsqu'elle n'est plus nécessaire voire lorsqu'elle tourne à une répétition perverse est une question qui a à voir avec la question de l'évaluation du risque de récidive mais qui en est quand même assez différente. Le paradoxe est que le SSJ et l'IS apparaissent le plus nécessaires lorsqu'ils sont les plus difficiles à mettre en œuvre et que leurs résultats prévisibles sont les plus incertains.

Il est finalement une vérité de La Palisse que plus un délinquant sexuel est dans la culpabilité perçue, la reconnaissance de sa défaillance (de sa faute, quasiment dans un analogue avec la contrition dans la métaphysique religieuse...), l'acceptation de la sanction méritée (et rédemptrice!), moins il est nécessaire de le contraindre aux soins qu'il va réclamer et auxquels il va se soumettre. Cela d'ailleurs ne veut pas dire pour autant que l'aveu soit nécessaire même si il est souvent retenu comme un critère

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

positif vis-à-vis de la récurrence et de la dangerosité. Le principe même de l'injonction de soins est donc comme on l'a rappelé dans la démarche historique d'amener aux soins consentis et demandés en patient volontaire et compliant une personne qui les refuse initialement avec plus ou moins de force et de rationalité ou qui feint de s'y soumettre avec une simple "bonne volonté" sans en réalité y participer autrement que de manière formelle et superficielle. De nombreux cas de récurrence ou au mieux de litanies de séances insipides et interminables ont démontré à tous ceux qui ont l'expérience du suivi des auteurs de violences sexuelles (AVS) que le consentement n'est pas la garantie d'un progrès thérapeutique. (Il a même été démontré à l'inverse dans certaines études que la révolte contre les dispositions judiciaires et surtout contre les agents de probation, avec des relations conflictuelles ouvertes, pouvait être moins corrélée à la récurrence que la plasticité et l'apparente soumission...).

## Déni et dénégation...

---

Les dispositions actuelles ont écarté en principe des indications d'IS les personnes accusées ou condamnées qui nient les faits, avec une certaine ambiguïté par rapport aux principes même de l'IS. Si l'on peut comprendre qu'il ne soit peut-être pas de bonne politique ou de bonne administration de gaspiller le temps précieux des médecins traitants ou psychothérapeutes dans une cause perdue et auprès d'un accusé qui refuse toute coopération par ce qu'il refuse l'accusation dont il fait l'objet, la nature du refus mérite qu'on s'y arrête et demande peut-être une appréciation clinique nuancée.

Il existe des individus pervers qui assument leur perversion et ne tirent qu'une seule leçon d'une aventure judiciaire et d'une condamnation éventuelle : la nécessité d'être plus habile la prochaine fois pour ne pas se faire prendre et ne pas avoir à assumer les conséquences de son geste. Mais ils sont rarissimes en matière de crime sexuel alors qu'ils sont assez fréquents dans la délinquance violente psychopathique et encore plus dans la délinquance acquiescente. La plupart du temps la négation des faits (on va employer ce vocable pour ne pas encore brouiller les cartes avec déni et dénégation comme on va le voir) signifie d'abord que la personne ne se reconnaît pas dans son geste et que plutôt que risquer la mort psychique d'être obligée d'admettre ce qui lui fait tellement honte "qu'elle voudrait littéralement disparaître", elle préfère nier la réalité quasiment comme dans une mauvaise foi psychotique délirante, avec parfois un "clivage fonctionnel" (ce dernier, à la différence d'un clivage structurel, permet une économie clivée avec ses bénéfices sans exiger du moi qu'il se divise de façon permanente pour continuer à vivre) qui aboutit à ce que le sujet croit à son récit et à sa façon de voir sans être obligé d'intégrer les données de la réalité, tout au moins jusqu'à qu'elle soient incontournables sur le plan cognitif et exigeraient alors une véritable entrée dans la folie pour perdurer.

La dénégation est souvent assimilée à un mensonge délibéré, sous-tendant que le sujet sait parfaitement que ce qu'il nie est la vérité et qu'il s'en défend. Ce n'est pas le sens de mot en psychologie où en quelque sorte le sujet essaie de contraindre son interlocuteur à lire les faits en cause de la façon dont lui-même les a vécus, avec le sens qu'il leur donne même si ce n'est pas l'évidence. Il s'agirait en quelque sorte pour le dénégateur d'imposer son imaginaire : "Ce que vous croyez voir n'est pas ce que vous croyez". Dès lors, on peut comprendre que lorsqu'il a été dépassé par les événements qui n'ont pas évolué selon ce qu'il avait prévu ou tout simplement selon son désir, un auteur de violence sexuelle ait particulièrement "à cœur" ou "à conscience" de rétablir ce qui peut être une contre vérité par les autres et qui est une vérité pour lui.

5

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Je suis donc favorable à ce qu'on ne s'arrête pas systématiquement à la négation des faits. Si il s'agit d'un déni psychotique, on peut toujours essayer de soigner la psychose et si il s'agit d'un déni de mauvaise foi ou d'une dénégation, il devrait être possible, puisqu'on y est obligé par l'IS, de se voir et de parler ensemble de "celui qui a fait ça", de ce qu'il faut en penser de ce qu'il doit peut-être éprouver etc. Ce rétablissement ou établissement d'une mentalisation autour des faits peut durer un certain temps dans ce que j'appelle une thérapie "Euclidienne" par ce qu'on est sur une parallèle à un vrai discours sur soi-même de l'AVS en parlant de "l'autre", mais qui aboutira souvent à une prise de conscience inavouable voire à la reconnaissance de ce que "l'autre" serait une meilleure personne si il était capable de reconnaître les faits.

## Attention à l'idéologie de l'expert et du coordonnateur

---

La tonalité de certaines expertises (et plus encore des expertises d'évaluation des possibilités d'aménagement de peine que des expertises initiales) dont la plupart des éléments d'observations cliniques paraissent pourtant pertinents expriment souvent des réticences de principe qui montrent la conviction que qui a bu boira et qu'il n'y a aucune attitude possible chez l'AVS qui puisse rassurer sur son comportement à venir. Si il dit qu'il est toujours tenté et en tourment avec ses pulsions et peu sûr de lui, il va être jugé comme fragile et encore dangereux. S'il affirme avoir atteint la maîtrise de son comportement et être sûr de lui-même par ce qu'il évitera désormais toute situation à risque, il va être disqualifié comme étant dans la forfanterie de n'avoir pas compris que le danger est en lui et non dans la conjoncture extérieure. Le pire est que s'il affirme qu'il a compris combien il a fait du tort aux victimes et que désormais ses pulsions lui font horreur il n'en sera pas quitte pour autant avec la suspicion et le doute et l'expert y verra souvent une attitude manipulatrice encore plus perverse qui relève parfois selon mon propre point de vue du "syndrome de Silberman" par analogie avec la position du Dr. Peter Silberman, personnage de criminologue des films de la série Terminator : Sarah Connor qu'il prend pour une délirante dangereuse essaie d'obtenir de lui un aménagement de sa situation de malade détenue dans une institution de haute sécurité en lui exprimant une critique de ses affirmations antérieures et en particulier de l'existence du Terminator. En réponse le Dr. Silberman referme son dossier convaincu qu'il ne faut surtout pas élargir son régime de garde en lui disant « qu'elle est encore plus dangereuse qu'il ne le pensait puisqu'elle lui dit ce qu'il veut entendre »...

6

## Les principes du soin dans l'injonction du suivi socio-judiciaire

---

Ils sont indissociables de l'appréciation du progrès qui permet que l'on mette fin à la mesure ou de l'absence de progrès qui constate après un certain temps son inanité. On rappellera simplement les pires des fautes techniques : le désespoir et la blessure narcissique. Il n'est pas très sain d'établir, comme on le dit des interrogatoires avec le gentil flic empathique et le méchant flic accusateur, une espèce de duo de fait entre le méchant coordonnateur et le gentil thérapeute : "qui aime bien châtie bien", certains estiment que le bon coordonnateur est celui qui dit tout au CPIP, qui ne lâche rien et ne relâche rien de sa sévérité. J'ai eu un patient signalé au juge et réincarcéré pour un manquement de RV chez son coordonnateur sans que moi en tant que thérapeute j'en sois averti, alors qu'il s'agissait d'un masochisme auto punitif dans une période très houleuse de réconciliation avec lui-même et que cette nouvelle peine l'a précipité dans un espèce de suicide mental dont je ne sais pas si il sortira.

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Comment soigner quelqu'un que l'on méprise ? un AVS mériterait-il que son chirurgien ne se lave pas les mains avant de l'opérer pour marquer son peu de considération pour lui ? Le ressenti le plus fréquent des AVS est qu'à travers le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAIS) comme à travers les diverses formes d'interrogatoires qu'ils subissent à chaque rencontre en post pénal, ils sont systématiquement déconsidérés et stigmatisés, réduits à ce qu'ils ont fait et dont on pense qu'ils le referont sûrement. L'empathie ne signifie pas sympathie mais l'AVS doit être accueilli même dans la condamnation (c'en est une) que représente l'IS.

## Critères cliniques d'indication d'IS

---

La description clinique des AVS est à la fois très simple si l'on se borne à des critères classiques de description par syndromes et très difficile si l'on adopte une clinique plus riche et plus rigoureuse qui reposerait sur la prise en compte de la dimension économique et relationnelle des comportements abusifs. Si l'on veut se placer dans la perspective du traitement, de ses possibilités et de son résultat cette seconde clinique est évidemment de beaucoup plus d'intérêt que la première. Tout autant pour orienter le patient vers l'IS et apprécier ses chances de succès et sa durée que pour orienter la stratégie thérapeutique, j'utilise une classification simple basée sur l'existence et le niveau de relation d'emprise qui permet de construire sur un élan amer et critique ou au contraire sur un élan exalté, de remobiliser une certaine passivité de celui qui subit toujours tout, de réparer le cabossé dont le geste s'est inscrit dans un contexte de disqualification où il a timidement pu profiter d'une petite emprise sur plus faible que lui, d'exploiter le désir de parole de celui qui lutte contre sa pulsion ou se défend qu'elle soit anormale etc

Ce contentieux de blessure narcissique chez le délinquant sexuel qui se sent humilié et même se présente parfois comme victime de la procédure plus démolie par son aventure que la victime dont il conteste la version est souvent un excellent moyen d'aborder les faits et l'économie du sujet puis qu'on est délivré du "gel" engendré par la perspective du procès avant la condamnation définitive.

La capacité d'empathie (souvent jugée à son expression, ce qui n'est pas tout à fait la même chose...) est régulièrement citée comme un des critères majeurs du pronostic. Elle est très rarement une véritable empathie par identification à autrui, au semblable qui est en règle un frein efficace et constant par rapport à un passage à l'acte éventuel. Si par extraordinaire les circonstances font qu'un homme avec un surmoi achevé et une empathie mature laisse son désir aveuglément s'exprimer dans une emprise violente sur une autre personne, il sera une fois son désir assouvi dans la culpabilité, l'acceptation de sa condamnation et le retour sur lui-même pourra être médicalement accompagné mais sans nécessité d'obligation ; il est même arrivé qu'il s'excuse avec une telle conviction de restauration de sa victime qu'il soit pardonné ! Il va de soi que si dans l'après coup il se trouve tellement étranger à son geste qu'il en fasse disparaître la preuve par un aménagement pervers de sauvegarde qui peut même aller jusqu'à un crime surajouté, c'est l'aspect pervers qui nécessite l'abord thérapeutique dans l'injonction de soins qui reste un soin de la personne et non un "soin" correction-annulation d'un acte. La pseudo empathie qui est le plus souvent rencontrée est en réalité encore abusive, maintien de la victime dans une autre représentation imaginaire de l'auteur, cette fois peut-être plus bienveillante mais tout aussi impérieuse et non négociable, qui ne lui accorde pas en réalité plus de respect et d'autonomie que l'emprise agie précédemment dans le crime. On verra par exemple cet AVS demander (exiger) la compréhension voire le pardon de la victime ou de sa famille et a minima se plaindre de sa propre souffrance dont la victime est... la cause !

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Comme l'a rappelé Boris Cyrulnik ou d'autres auteurs ayant travaillé sur la mémoire traumatique, un enfant ayant vécu dans un cadre conduisant à un attachement insécure souffre d'un handicap pour identifier la source et la nature de ses émotions, y compris de ses émois sexuels qu'il va volontiers situer, au mépris de sa propre conduite, chez l'autre qui l'a "provoqué", stimulé, excité et qui devrait en répondre in solidum en quelque sorte. L'IS a souvent là une bonne indication d'abord de mise en mot de la souffrance puis des liens dans le psychisme que l'on peut faire avec le fonctionnement habituel de l'AVS dans la relation aux autres mais aussi à lui-même. Prendre conscience de ses failles narcissiques et les dépasser par l'estime de soi est le but de la thérapie bien avant le but de contrôler le comportement !

La richesse pulsionnelle est aussi un des éléments importants de l'appréciation d'abord de la dangerosité puis de la capacité à profiter de soins et y participer. L'auteur passif qui s'est laissé aux faits dans un passage à l'acte "facile" auquel il n'a pu activement résister sera aussi "facile" dans la forme de l'IS et plastique dans les exigences ou les attentes du thérapeute comme du coordonnateur ou du CPIP mais n'en intégrera pas beaucoup d'expériences mutatives de son fonctionnement. Personne pourtant ne discute l'IS en général pour ces cas où elle peut même être jugée gratifiante par rapport à beaucoup d'autres plus incertaines et qui maintiennent le soignant dans l'inquiétude et l'absence de plaisir à fonctionner dans la rencontre, luttant en permanence contre une fausse abréaction ou le discours du condamné le prend indéfiniment pour otage dans la répétition de son point de vue ou au contraire dans la dérobade et l'évitement permanent de la rencontre avec l'émotion de la reviviscence sans possibilité dans les deux cas de vraie mentalisation.

Les aspects conjoncturels sont aussi très importants pour poser l'indication de l'IS et il est de nombreux cas où le caractère très isolé du passage à l'acte est évident par les circonstances, l'état particulier du sujet, sa relation particulière à la victime. Par ailleurs, l'AVS peut dans ce cas là avoir vidé d'un coup un "réservoir pulsionnel" (et non pas libidinal) qui n'aura pas le temps de se remplir à nouveau sur sa vie génitale biologique. On ne se trouve pas devant un délinquant sexuel d'orientation et susceptible de provoquer à nouveau délibérément les conditions de son premier crime mais au contraire devant une personne dont, certes, le passage à l'acte a démontré qu'elle en était capable, mais qui cependant n'a aucune chance d'en rencontrer à nouveau la situation qui l'a permis. Le principe de précaution ou la routine vont pourtant souvent la faire prescrire au mépris cette fois de l'expérience criminologique autant que de la probabilité clinique.

Malgré tout on retiendra que les indications de l'IS sont larges, piques de rappel de la faiblesse du condamné si on décide de forcer sa réticence voire son consentement, réassurance et soulagement de vérifier que si le thérapeute et le coordonnateur ont clairement les valeurs de la société et de la loi quant à ses actes délictueux ou criminels, ils n'ont pas pour autant pris une position de mépris ou de simple observation entomologique extérieure de sa personne.

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Proposition de classification clinique à orientation thérapeutique et pronostique			
Typologie de comportement, d'objet :	de choix	EMPRISE FAIBLE	EMPRISE FORTE
Pervers "polymorphe" Délinquance associée		Cueillette sans censure Déviance poly-objet  IS±	Pédophilie prédatrice violente Violeur récidiviste  IS-
Orientation pédophile vraie		Pédophilie « Socratique » Initiation infantile  IS+++	Pulsion irrépressible, Stratégie Scénario de maîtrise  IS++
Sexualité opportuniste de proximité		Inceste de substitution Auteur faible, Emprise inverse par la victime  IS+	Inceste tyrannique, Appropriation violente Etats hypomaniaques, harceleurs  IS++
Sexualité immature, pulsionnelle		Adulte-enfant Déficiente, Complicité jeux sexuels  IS++	"Tournante" adolescente, Violence "éclaboussante", sadique primaire (anale, urétrale...) sans jouissance perverse spécifique à la sexualité  IS+++

9

L'Injonction de Soins peut devenir le soin lui-même : orienté vers un thérapeute validé par le Coordonnateur, il est fréquent que le patient se retrouve assez rapidement ou en tout cas bien avant la fin de la mesure abandonné par son thérapeute pour différentes raisons, changement de pratique ou de lieu d'exercice de ce dernier du fait de la durée de l'injonction ou plus prosaïquement, ce qui est souvent le cas des CMP de la psychiatrie publique, par ce qu'en acceptant souvent du bout des lèvres ou du bout d'un certificat délivré par ce qu'il le fallait, les soins d'un patient "en bonne santé psychique", le CMP a fixé un terme précis après quelques entretiens plus ou moins évaluateurs de l'orthodoxie de la demande derrière l'obligation et qui permettront de récuser l'AVS au motif qu'il n'a pas ou plus besoin des entretiens et qu'on a bien mieux à faire que de recevoir un homme plus ou moins gêné ou indifférent qui vient juste chercher un papier. Si le coordonnateur l'accepte, il peut avoir une vraie fonction de co-thérapeute et c'est là que se situe les meilleures potentialités de l'IS.

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

## Qu'est-ce qu'une injonction de soins réussie ?

---

Mettre un terme à une IS ne signifie pas plus qu'il y a "guérison" que son instauration signifiait qu'il y avait "maladie". La fin de l'IS est le plus souvent acceptée par le JAP lorsque le coordonnateur le demande, peut-être un peu moins quand c'est le médecin traitant qui la pose ! Mais dans mon expérience, ce qui démontre en partie le bien fondé de son principe, elle débouche souvent sur une forme de maintien de contact, d'autant plus apprécié qu'il change de nature : soin librement consenti et demandé, souvent pour "un autre problème", relation indépendante sur une base de réalité (un patient devenu photographe qui a changé de sujets -les précédents étaient des clichés échangés sur le net- me montre ses photos de montagne), ce qui conforte l'estime de soi et le sentiment d'être libéré non pas de la peine mais du regard des autres. Mais quelques IS s'épuisent dans un marécage de pensées opératoires sans aucune mentalisation réelle. Ce sont pourtant des gens bien adaptés dans la demande du contrôle judiciaire : ils parlent facilement et à la différence de ceux qui veulent quand même comprendre leur acte (à condition qu'on cesse d'en parler !) ils ont tout à fait capable de répéter indéfiniment les mêmes choses, rassurant par ce qu'on n'a pas à leur faire la conversation. Ils sont appréciés dans ces curieux groupes de parole que la justice incorrigible a mis en place dans les SPIP après avoir affirmé qu'elle n'aurait pas de psychologues dépendant directement de ses services associés dans une position assimilable à des soins aux mesures de contrôle judiciaire. Si seulement ces groupes faisaient de la pédagogie rééducative voire réméditative comme par exemple avec les diapos du Code de la Route pour le permis de conduire, les "invités" pourraient s'y sentir libre et de surcroît gratifiés par leurs bonnes notes au lieu de vivre le pensum voire le cauchemar de répéter encore et toujours ce qu'ils ont du mal à accepter ou d'entendre ceux qui les répètent complaisamment jouissant d'en éclabousser les autres sous couvert de s'en accuser !

10

## Faut-il une expertise ou le coordonnateur a-t-il aussi pour mission de mettre fin à sa mission ?

---

Il n'y a pas d'obligations pour le magistrat de faire procéder à une expertise pour estimer que l'IS n'est plus nécessaire ou n'est plus possible. Elle peut être une bonne chose si elle n'est pas dans les mêmes prémisses morales dans lesquels l'expertise présentencielle peut s'enliser. Les aspects techniques en sont certes assez flous puisque comme on l'a dit on se trouve très rarement devant une pathologie objective dont, sans même parler d'évaluation, le constat serait évident et descriptible. Dès qu'on parle d'une attitude, d'une manière d'être, d'une façon de réagir, il devient très difficile d'être dans le domaine du partage de l'information et de l'échangeable avec d'autres professionnels ou "impliqués" sans donner les clés de la lecture de sa propre position d'expert ou de thérapeute. Cela suppose d'accepter sa propre subjectivité ce que beaucoup ne veulent ou ne peuvent pas faire, étant eux même dans un déni plus ou moins défensif ou grandiose de cette subjectivité.

Tout un courant de pensée accompagne une scholastique du mesurable et de l'objectivité intercotateur qui a frappé aussi bien la psychiatrie générale que les spécialistes de la prise en charge des AVS et qui dénonce la clinique comme étant par trop praticien-dépendante, peut-être en grande partie en réponse à un impérialisme de la psychanalyse à son apogée il y a quinze ou vingt ans qui en était arrivée contre elle-même à une impasse théorique et pratique avec un déterminisme tout aussi abusif qu'un déterminisme biologique, déterminisme pourtant rejeté dès les débuts de la psychanalyse qui laissait le dernier mot au moi nonobstant la découverte des résurgences de l'inconscient. Les approximations des examens de ces experts, la sûreté d'eux-mêmes et les postures narcissiques dans lesquelles ils se complaisaient ont favorisé une critique qui risque de faire jeter le bébé avec l'eau du

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

bain en rejetant l'approche nécessaire et riche de l'économie psychique dans sa dimension relationnelle lorsque l'on ne se trouve pas devant une "maladie" psychiatrique caractérisée.

Prévu pour contourner les orientations nosologiques de chaque praticien avec une description syndromique et symptomatique, le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie) a suscité un engouement dévastateur lorsqu'il est devenu une méthode non plus pour faire de l'épidémiologie ou de l'économie médicale et tirer des enseignements de l'observation de groupes de malades homogènes mais une étiquette opposable au patient qui incite à rechercher les critères manquants dans la clinique et soupçonner qu'ils apparaîtront s'ils sont encore cachés. C'est cet usage qui avait amené Robert Spitzer responsable de la première "task force" du DSM à la quitter puis la critiquer, notamment par ce qu'elle devenait l'outil incontournable des experts dans les procès pénaux aboutissant à un diagnostic individuel de certitude argumentée et pouvant déboucher sur une variété de "médecine basée sur la preuve" comme on l'exige dans des protocoles de soin en médecine "scientifique".

Il convient surtout de ne pas faire le combat de trop et de poursuivre l'IS non pas simplement lorsque ou par ce que elle devient pesante mais lorsqu'elle devient anti-thérapeutique et que son maintien formel signifie qu'on a définitivement réduit le sujet condamné à son acte sans pouvoir être défini par autre chose même clivé.

## En guise de conclusion

---

L'IS se veut une solution pragmatique à un problème de comportement humain particulièrement complexe, protéiforme, et dont on recherche à traiter la cause ou à prévenir la réalisation avant qu'elle advienne. En théorie elle ne repose pas sur une position idéologique claire qui postulerait par exemple qu'un comportement de violence sexuelle est forcément la marque d'une pathologie ou au moins d'une déviance qu'il faut corriger par le soin. La proposition de soin est, avant d'être une contrainte, une "chance" de comprendre par et pour le sujet lui-même ce qui fait que l'autre n'a pas été pris en compte dans le passage à l'acte qui en lui-même est un risque implicite de toute relation par ce que dans une certaine mesure toute sexualité est violente et toute violence est sexuelle.

Comme le disait Montaigne, il existe des hommes inhumains mais ce serait l'être plus qu'eux que de leur dénier l'humanité. Si l'IS est exclusivement ou même simplement en priorité une mesure de contrainte et de punition, (ce qu'elle est malgré tout) elle restera un montage coûteux, relevant presque davantage du champ médiatique que du contrôle judiciaire et non la proposition et l'assistance à revenir dans le camp des hommes que le passage à l'acte avait fait quitter. Le soin même dans l'injonction du suivi socio-judiciaire ne peut jamais être la rencontre d'un thérapeute invulnérable et d'un homme objet qui se dérobe ou se soumet à sa merci, il n'existe que si un thérapeute vulnérable à la parole de son patient prend le risque de la rencontre avec lui et s'engage.