

Rapport d'expert [21]

Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?

François ARNAUD

Psychiatre des hôpitaux, médecin coordonnateur, ancien chef de service du SPAD, CH Montperrin

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Arnaud, F. (2018). Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?.....	1
Sommaire	1
La question et son contexte. Santé et justice.	2
Les éléments d'évaluation.....	4
Les acteurs.....	5
Partageable ?.....	7
L'idéologie de la transparence.	8
Secret médical ?	10
L'illusion partenariale	11
Remettre la PPSMJ au cœur de chacune des actions	12
Replacer le médecin coordonnateur au centre du dispositif.....	13
Eléments de proposition	13
Renforcer le rôle du médecin coordonnateur et mieux définir sa place.	14
Mettre en place des réunions « cas complexes » dans chaque TGI, entre	14
Financer spécifiquement psychologue et médecin « traitants »	14
Ouvrir des Centres de Consultations Spécifiques.	14
La PPSMJ : au centre !	15
Bibliographie.....	16

AUDITION PUBLIQUE

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

La question et son contexte. Santé et justice.

« Il y a quelque chose de pourri dans l'empire du Danemark ».1

Pour traiter la question posée dans le cadre de cette Audition Publique, notre approche sera résolument celle du praticien, du Psychiatre des Hôpitaux, médecin « traitant » en milieu pénitentiaire durant douze années, puis médecin coordonnateur dans le contexte du Suivi Socio Judiciaire (SSJ) avec Injonction de Soins (IS).

Tous les acteurs de terrain travaillant auprès des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) érigent la communication, l'échange entre leurs champs professionnels, le partage d'informations, comme préoccupation centrale. Il y va du déroulé de leurs missions, de la cohérence des projets de suivi mis en place, de la tonalité de leurs rencontres, de leurs échanges de données, de leurs dialogues. Les uns s'adressent à des personnes condamnées, parlent de dossier pénal, de préservation de la sécurité et de défense sociale, de réinsertion, de prévention de la récidive, de collaboration, de partenariat... Pour les autres il s'agira de patients, de dossier médical, de projet thérapeutique, de travail sur la répétition comme mécanisme psychologique, d'articulation avec d'autres champs professionnels aux objectifs distincts. Ainsi, lorsque Santé et Justice se rencontrent autour des PPSMJ, qu'en est-il de la préservation de leurs spécificités, de leur différenciation, comme du maintien de leur éthique professionnelle, alors que la méthode prônée se veut transversale et pluridisciplinaire ?

« C'est pour cela qu'il est important de restituer à nos pratiques leur dimension politique. Ce n'est pas faire de la politique, mais c'est révéler l'existence du politique dans les métiers...Il faut toujours davantage s'engager dans une culture des métiers, de leur éthique, de leur finalité spécifique ».2

Cette question historique des rapports entre Santé et Justice, objet de débats si nombreux et si passionnés, depuis tant d'années, reste d'actualité. Elle est sans cesse réactivée dans ses nuances par l'empilement de textes législatifs votés au gré de l'évolution d'une société marquée par un irrépressible besoin de tout voir et de tout savoir, au prix d'une implacable exigence de transparence.

Ces questions relatives au partage d'informations, à l'évaluation des PPSMJ établie sur des bases « pluri-professionnelles », à l'organisation des liens entre les acteurs de la Justice et du Soins, au souci de continuité dans la prise en charge, la Loi du 17 juin 1998 est venue la poser de façon emblématique. Son énoncé, sa méthode, ses objectifs continuent à mobiliser toutes les attentes et toutes les déceptions, tous les répertoires possibles d'une communication entre des corps professionnels si différents. On peut y rencontrer des postures très divergentes :

- fréquemment : idéalisation, phantasme de cohérence, de convergence, de consensus entre les différents acteurs, ou encore figure rhétorique, litote : dire moins pour laisser entendre davantage, ententes implicites venant en atténuation d'un risque d'empiètement des contextes, et de repérage des pouvoirs ;
- régulièrement : incitation allant jusqu'à l'obligation, injonction comminatoire faite aux professionnels d'un « secret partagé, mais devant garantir la spécificité des registres professionnels de chacun des acteurs » (!), comme stipulé dans tant de documents œuvrant au rapprochement entre les logiques relevant du champ judiciaire/ pénitentiaire et du contexte sanitaire, et prônant des axes de partenariat, de collaboration effective...
- toujours : conflit de loyauté, tentative de rapprochement des positions, avec fort risque de confusion entre les éléments objectifs et administratifs, relevant de la gestion des

AUDITION PUBLIQUE

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

établissements pénitentiaires ou de l'organisation des professionnels de la Justice, et les éléments éminemment subjectifs relevant d'une mission totalement centrée sur le soin et qui nécessite son propre développement et sa propre temporalité, son lent travail de subjectivation...

- parfois : refus de communication, mouvement de repli identitaire et radical, sur des positions d'exclusive invoquant le secret médical, l'impossible assemblage des registres. « C'est ici la relation entre le sujet et les systèmes pénitentiaires qu'il faut interroger. Le soin, « intrinsèquement », a les possibilités de réfléchir de façon dynamique les orientations thérapeutiques à apporter au cas par cas. Il n'est pas légitime à statuer sur la question pénitentiaire et ne doit pas l'être au risque de compromettre ses possibilités de soigner ».3

Selon les Associations représentant le Soin en milieu pénitentiaire, ces oppositions « historiques » persistent et s'amplifient autour du partage de l'information entre Santé et Justice, avec la mise en place de nouveaux outils d'information et l'accessibilité de données nominatives à un nombre toujours croissant d'acteurs. Possibles méprises, glissements de rôle et de fonction, génèrent des crispations incessantes dans les grands débats lors des groupes de travail ministériels, comme au cours des réunions dites pluri-professionnelles au sein des établissements pénitentiaires. « L'argument intellectuel des manœuvres pénitentiaires est celui de la pluridisciplinarité qui se présente sous l'allure d'un bon sens rassurant les acteurs...Il y a là une confusion épistémologique redoutable entre le fait indiscutable de la nécessité d'une pluralité d'intervenants...et la généralisation d'une méthode en fait unidisciplinaire où vient se projeter la partie la plus ancienne de l'âme pénitentiaire. La pluridisciplinarité n'est pas une solution, elle est une question, celle de l'articulation des disciplines entre elles sur le plan théorico-pratique ».4 Ainsi la mise en place des Commissions Pluridisciplinaires Uniques (!), l'utilisation du logiciel GENESIS développé par l'Administration Pénitentiaire et proposé aux acteurs de santé, qui assigne le soignant à une place d' « agent de Justice »...Il en va de même pour le projet de « programme de soins » relevant de la psychiatrie et étendu aux personnes détenues, dont ces Associations écrivent qu'elles « ne doivent pas être soumises à la double contrainte de l'incarcération et du soin forcé ».5

Le terme d'articulation semble avoir la faveur des intervenants du monde sanitaire, quand celui de partenariat est privilégié par les acteurs judiciaires ou pénitentiaires, dans un souci d'exhaustivité des données devant figurer au dossier de la PPSMJ, et de « langage commun ». Si la collaboration peut être ordonnée, règlementée par un protocole, l'articulation se travaille et se construit, doit demeurer fonctionnelle, flexible, pour rester inventive. Un regard à la polysémie du terme d'articulation, illustre la complexité des processus de communication entre ces champs : les enjeux en sont majeurs pour la PPSMJ. Parle-t-on de charnière, de joint, raccord, soudure ou suture, d'assemblage, de jonction, d'attache et de lien (incluant leurs connotations affectives), de cheville mais aussi goupille, d'emboîtement, d'ajustage... ?

C'est dans ces éléments de contexte brièvement campés que s'inscrit la question qui nous est posée : « Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre ces différents acteurs ? Si oui : lesquels ? Et comment les partager ?

« Ils doivent composer avec la force insoupçonnée d'un système qui joue contre lui-même en archivant soigneusement les mensonges et les alibis, les évitements, les silences et les erreurs de traduction, toutes ces « preuves » qui finissent par se retourner contre la tâche assignée... ».6

AUDITION PUBLIQUE

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

Les éléments d'évaluation

« Evaluer n'est pas condamner, évaluer n'est pas stigmatiser, évaluer n'est pas juger, ce sont des évidences. Et pourtant, dans la pénalité actuelle, l'évaluation en soi finit par avoir valeur de jugement et par là de condamnation ».7

La question de l'évaluation, des évaluations, est largement traitée par d'autres experts dans le cadre de cette Audition Publique : nous renvoyons donc à leur analyse et propositions. Nous soulignerons toutefois la tension théorique qui persiste entre une approche clinique, psychopathologique, subjective du praticien d'une part, et une approche fondée sur les échelles actuarielles, susceptible de permettre une évaluation de la dangerosité dans le cadre de la prévention de la récidive. Là encore les synonymes nous invitent à la pondération : évaluation désigne une estimation, une appréciation, mais aussi une approximation, renvoie à la notion d'inventaire, de nomenclature mais aussi de tableau, à la mesure et sa connotation de retenue, de modération, de circonspection...« Si les outils actuariels et semi-actuariels permettent aux cliniciens d'intégrer à leur pratique les données de la recherche et de sélectionner les informations pertinentes, une standardisation excessive et scorée d'évaluation des risques de récidive pourrait s'avérer aussi liberticide ».8

Nous savons que cette tension touche aussi l'actualité de la Justice avec de récentes réformes qui tentent d'organiser une « justice prédictive ». Les évaluations actuarielles, basées sur la statistique des algorithmes peuvent-elles se substituer à la finesse d'une plaidoirie, au cours de laquelle des éléments imprévus peuvent jaillir de manière fulgurante dans les propos de la défense par exemple ? Constitués du plus grand nombre possible de données issues exclusivement des antécédents des personnes, ces algorithmes rendent le sujet otage de sa propre histoire. Seuls les éléments issus d'une logique rétrospective et comptable, élaborée à partir de facteurs statistiques appartenant délibérément au passé sont pris en compte et ne peuvent donc être modifiés. Il y a, de fait, annulation de toute capacité de changement. On assiste alors dans les tribunaux à une dramatisation de l'éprouvé de dangerosité et une amplification de l'idée de mise en œuvre d'une sécurité. Il est aisé de percevoir toute l'ambiguïté d'une évaluation quantitative seule : en prédiction statique et référence à « la norme », elle viendrait barrer les possibilités dynamiques d'évolution du sujet. N'y aurait-il pas là retour à la pensée magique de l'oracle prenant le masque de la scientificité ?

Il existe un abîme de signifiants entre évaluation et outils de prédiction. Le physicien Etienne KLEIN, analyse la prédiction comme « un outrage au sujet, une fixation dans le présent, une condamnation à ne jamais pouvoir cesser d'être soi-même. C'est réclamer que la personne ne change plus, c'est l'impossibilité de toute évolution... ».9

Les outils d'évaluation, s'ils sont utilisés, ne doivent pas porter exclusivement sur les problématiques relatives à l'agression sexuelle, à la dangerosité ou au risque de récidive. Ils restent des éléments de repérage permettant d'orienter les prises en charge cliniques et l'accompagnement psycho-social. Ils doivent, à ce titre, revêtir une dimension générale, inclure des éléments relatifs à la personnalité, aux capacités cognitives, à la dimension émotionnelle, au fonctionnement social...mais doivent aussi permettre d'apprécier les capacités d'alliance thérapeutique et la « qualité de vie » des personnes.

« Il ne s'agit pas là d'établir un score, mais de permettre, à travers la création d'espaces d'échanges appropriés, de dépasser la charge imaginaire que la violence et la dangerosité déposent en nous, pour donner un sens à une histoire souvent lourde de violence et de traumatisme ».10

AUDITION PUBLIQUE

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

Et si ces instruments permettant une approche clinique semi-structurée, plutôt que servir une seule logique sécuritaire, avaient une fonction pour le thérapeute autant que pour la PPSMJ, dans leur valeur de médiation, de triangulation, au sein de cette relation si complexe ?

Enfin, l'utilisation extensive d'une telle démarche suscite la crainte de voir la justice pénale se déshumaniser et, en particulier, de remettre en cause le principe cardinal de l'individualisation des peines. « Dans cette optique en effet, si les décisions de justice venaient à dépendre de statistiques considérées comme objectives, la justice n'appréhenderait plus l'individu dans sa singularité mais ne se prononcerait que sur des catégories de sujets désincarnés. Aussi convient-il de limiter l'usage de ces outils à l'expertise psychiatrique ou psychologique et de ne pas permettre leur utilisation directe dans le cadre de décisions judiciaires de jugement ou d'aménagement de peine, comme c'est le cas dans certains pays étrangers ».11 Depuis plus de 10 ans, on le voit, de multiples précautions relatives au champ de l'évaluation ont été exprimées par des acteurs aguerris de la Santé comme de la Justice. « La commission d'audition exprime son malaise devant les textes législatifs, et plus particulièrement la loi du 12 décembre 2005, qui multiplie le recours aux expertises psychiatriques et situe la perspective du soin dans une logique purement sécuritaire. Elle rappelle que les experts s'accordent sur l'impossibilité de déterminer avec certitude si une personne souffrant d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique est ou non susceptible de récidiver. Les échelles actuarielles et l'expérience clinique permettent seulement de définir un risque dont la marge d'erreur est inconnue ».12 Cependant, malgré les recommandations et alertes incessantes de ces acteurs de terrain : « Comment expliquer le vote depuis 2007, de lois qui ont pour objet unique la sécurité et pour réponse principale l'enfermement ? ».13

Les acteurs

La loi de 98 est donc venue il y a 20 ans, proposer une organisation nouvelle dont l'objectif essentiel était de renforcer la prise en charge et le suivi des Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel (AICS), à partir d'un dispositif mettant en interaction plusieurs acteurs de culture professionnelle très différente, invités à organiser leurs actions autour de la PPSMJ. On assiste alors au jeu subtil d'articulation entre le travail du Magistrat, acteur principal des logiques de la Justice (A), le Conseiller du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) chargé du suivi social et de programmes de prévention de la récidive (B), les experts, psychiatres ou psychologues, mandatés (et rémunérés) par les services de la Justice(C), le médecin ou psychologue traitant, libéral ou hospitalier (D) centré sur son travail de thérapie et dégagé de tout lien direct avec les services Judiciaires ou Pénitentiaires, le Médecin Coordonnateur (E) nommé par le Juge de l'Application des Peines mais rémunéré par les ARS. Chacun de ces exécutants, donc au nombre de 5 dans le SSJ avec IS, est appelé à s'inscrire dans une « partition » dont le souhait du législateur fut qu'elle soit cohérente, au minimum audible au mieux harmonieuse, dans l'intérêt du suivi de la PPSMJ et ...de la protection de la Société. Qu'en est-il alors de la possibilité de différenciation des rôles, dans un objectif de maintien de la richesse et de la diversité des interventions ?

Prenant toujours pour exemple le cadre spécifique de la Loi de 98, nous pouvons saisir la complexité et les difficultés de relation et de communication, en observant la façon dont les services mêmes de la Justice s'organisent entre eux. « Le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, dans son aspect judiciaire, revêt deux visages distincts : celui du juge de l'application des peines, qui incarne la fonction judiciaire, et celui du conseiller d'insertion et de probation, qui relève de l'administration pénitentiaire. Des professionnels aux cultures différentes sont donc amenés à collaborer pour assurer un suivi

AUDITION PUBLIQUE

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

efficace des auteurs de violences sexuelles. Néanmoins, les obstacles sont nombreux à l'établissement d'un dialogue réel entre les deux principaux acteurs du suivi ».14

Ce rapport très détaillé formule et explicite les principaux écueils à cet collaboration entre les Magistrats et les CPIP. Ainsi, en ne reprenant que les têtes de chapitre de ce document, nous pouvons y lire : « Le JAP et le SPIP : un dialogue difficile. Le JAP, malaise dans la profession : des charges de travail inadaptées au suivi des AICS, des marges de manœuvre de plus en plus étroites, un rôle limité dans le cadre des mesures de sûreté...Les CPIP en crise : une crise de moyens. Ressources humaines mal réparties, moyens insuffisants, crise de méthode, crise d'identité...Les JAP et CPIP : un dialogue impossible ? Des relations parfois difficiles qui compromettent le suivi, une répartition des rôles mouvante et source de conflits, APPI (application des peines, insertion et probation) un outil inutilisé...».15

Malgré la rhétorique incantatoire des textes, on peut bien mesurer l'impossibilité qui persiste à créer « une culture commune », ou « un langage commun » entre les 6 protagonistes du SSJ avec IS ! Que dire alors des « commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté » mises en place par la loi du 12/12/2005 et qui regroupent 7 acteurs différents : Magistrat, Préfet, Directeur Régional de l'Administration Pénitentiaire, expert psychiatre et expert psychologue, Représentant d'association d'aide aux victimes et Avocat !

La Loi du 17 juin 1998 a tenté de définir au mieux les champs de compétence (plus que de responsabilité) de chacun des protagonistes, ainsi que leurs liens, articulations et échanges. Il existe ainsi un partage « codifié » des données en routine, et il peut aussi y avoir des échanges plus circonstanciels et informels qui nécessitent toujours une extrême vigilance. Selon le texte de loi, le médecin coordonnateur est un « psychiatre ou médecin ayant suivi une formation appropriée » qui intervient dans le SSJ avec IS au moment de la sortie de prison. Ses missions sont ainsi décrites : « - inviter le condamné à choisir avec son accord un médecin traitant ; - conseiller le médecin traitant ; - transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ; - informer le condamné de la possibilité de poursuivre au-delà de la mesure qui a été prononcée ; - coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude. Le décret n° 2007-1627 prévoit son intervention, en lien avec le médecin traitant, dans le suivi du bon déroulement de l'injonction de soins. La loi du 25 février 2008 lui assigne une mission supplémentaire qui est celle « de coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude ».16

Plusieurs questions peuvent alors être posées quant à la façon dont ces échanges sont construits actuellement :

- les différentes pièces du dossier pénal sont, en théorie, adressées par le Magistrat au médecin coordonnateur, ce qui est essentiel. Est-il légitime que le psychologue ou médecin traitant en dispose, et dans quel but ?
- les praticiens traitants intervenant en prison doivent-ils transmettre les éléments du dossier de soin au médecin coordonnateur au moment à la sortie, afin que ce dernier puisse les transmettre au psychologue ou médecin traitant ?
- le médecin coordonnateur adresse au moins une fois par an un rapport écrit au Juge de l'Application des Peines (JAP) : quelle doit être la teneur de ce rapport ? Le psychologue ou médecin traitant, mais aussi la PPSMJ doivent-ils en être destinataires ? Le JAP doit-il le

AUDITION PUBLIQUE

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

transmettre également au CPIP et dans quel but ? Le Magistrat peut-il le lire in extenso à la PPSMJ ?

- les CPIP peuvent être amenés à établir des bilans sociaux, des évaluations de la dangerosité sociale ou du risque de récidive : est-il justifié que le médecin coordonnateur ou le psychologue ou médecin traitant les reçoivent ? Le CPIP peut-il prendre contact directement avec le médecin coordonnateur ou le traitant et quelles peuvent en être les conséquences sur le lien thérapeutique ? Le CPIP doit-il être destinataire des expertises psychiatriques ?
- Le traitant établit des certificats de suivi le plus souvent remis en main propre à la PPSMJ. Ces certificats peuvent-ils être transmis au CPIP de façon dématérialisée ou plutôt au médecin coordonnateur ?
- La fréquence des rencontres entre le traitant et la PPSMJ, peut-elle être définie par le JAP ou le CPIP ?
- Est-il justifié, comme le prévoit la Loi, que le traitant puisse saisir directement le magistrat lorsque le médecin coordonnateur s'avère injoignable ? Le médecin coordonnateur peut-il ne pas être « joignable » par le médecin ou psychologue traitant ?

Autant d'interrogations issues de la pratique quotidienne du SSJ avec IS, qui illustrent bien le cadre extrêmement lâche de ces modalités.

Partageable ?

« La langue est fasciste lorsqu'elle n'interdit pas de dire mais qu'elle oblige à dire ».17

Il faut souligner les efforts faits depuis tant d'années afin de trouver un « entre-deux » qui soit acceptable pour les missions sanitaires et judiciaires, tentant d'allier les modalités du soin et celles de la peine. L'argument développé au final serait que tous ces efforts sont centrés sur la même personne, Santé et Justice se penchant « bien évidemment », comme l'expriment les tenants du partenariat, sur la même personne : tantôt patient, tantôt personne détenue, tantôt PPSMJ en placement sous surveillance électronique, soumise à une obligation de soin ou à une injonction de soin... Les recommandations officielles insistent sur l'importance des enjeux : le risque de clivage serait majeur du fait de la structure psychologique même de ces personnes et la coordination doit réussir à tout prix afin de prévenir la récidive et de protéger la société!

Et pourtant...pourtant, l'individu condamné et faisant l'objet d'une évaluation de son éventuelle dangerosité par le SPIP, et le patient en obligation, injonction ou demande de soin et suivi par son psychologue traitant, sont-ils vraiment la même « personne » ? Qu'en est-il des temporalités, des méthodes, du rapport subjectif à l'acte criminel, des déterminants contextuels ?

Soin et Peine, Santé et Justice représentent bien une dualité construite, non seulement historiquement, mais structurellement : il y a bien séparation, étanchéité des savoirs, démarcation, frontière... frontière naturelle allions-nous écrire ! Un « entre-deux » est-il vraiment possible, en dehors de velléités politiquement correctes dont le seul but serait une négociation, voire un marchandage entre la peine et le soin, une paix sociale entre Justice et Santé ? Les domaines d'activité, les missions, les objectifs, les méthodes, les temporalités, l'épistémologie, l'éthique professionnelle : tout oppose ces deux cultures. Alors : mieux vaut développer un point de vue partial, en forçant le trait jusqu'à la caricature : Santé et Justice ne peuvent d'emblée rien partager, cette frontière naturelle existe bel et bien !

AUDITION PUBLIQUE

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

« Comment mettre de l'ordre dans le chaos ? Configurer un site à partir d'un terrain vague ? En traçant une ligne. En séparant un dedans d'un dehors. L'autorisé de l'interdit...ce geste inaugural et déplaisant de démarcation. Politiquement incorrect, moralement antipathique, mais inévitable pour échapper au pur hasard...Commençons par séparer crûment les domaines. Qui fait quoi, où et quand ? Regardons bien la carte et l'organigramme. Décrets d'attribution, répartition des biens, quote-part. Un bon croquis vaut mieux qu'un long discours».18 Alors, comment penser ces différences, les tenir, les exacerber peut-être, et utiliser plutôt qu'abraser ce qui se présente comme limites ? « Entre cet endroit et cet envers du monde, je ne veux pas choisir. Je n'aime pas qu'on choisisse...Le grand courage, c'est encore de tenir les yeux ouverts sur la lumière comme sur la mort ».19

Ainsi, au lieu de tenter un rapprochement artificiel, devons-nous peut-être accepter de penser l'hypothèse d'une séparation, d'un inconciliable entre la Justice et le Soins, d'une différence ontologique rendant toute perspective de moyen terme inappropriée du point de vue des pratiques professionnelles comme insoutenable sur le plan éthique ? Il y a véritablement césure, antinomie et tout effort d'accommodement ne devient que perte de repères et d'identité, au mieux juxtaposition ou amalgame, au pire confusion délétère pour chacun des acteurs comme pour les PPSMJ !

Comment donc travailler avec ces inconciliables, soutenir la différence, encourager la pluralité, aider la pluralité ?

« Edouard GLISSANT, le poète du tremblement et de la relation ...a coutume d'opposer aux pensées de système qu'engendre le corset continental « la propension archipélique qui soutient le divers du monde ». Puisse votre chapelet d'îles m'aider à soutenir la cause décriée des lisières et des confins... ».20 Nous ne développerons pas ici les échos, les prolongements d'une œuvre aussi protéiforme que celle de l'anthropologue poète et philosophe Edouard GLISSANT. Nous considérons sa créativité conceptuelle et la puissance de ses écrits comme autant d'invitations à penser la croisée des cultures, à célébrer et pratiquer la pensée en mouvement. Il déploie plusieurs intentions essentielles pour le propos qui nous occupe. Ainsi la « pensée archipélique », pensée de l'essai, de la tentation intuitive est celle de la diversité ; la « pensée du tremblement », celle des cataclysmes et de l'inextricable ; la « pensée nouvelle des frontières...qui nous aide désormais à soutenir et apprécier la saveur des différents quand ils s'apposent les uns aux autres » 21 ; la pensée de l'errance, de l'imprévisible ; la pensée de l'opacité du monde « Acclamer le droit à l'opacité, en tourner un autre humanisme, c'est renoncer à ramener les vérités de l'étendue à la mesure d'une seule transparence qui serait mienne, que j'imposerais ».22 Le dessein philosophique et l'inspiration poétique qui s'annonce comme résistance suppose le refus de toute récupération par les systèmes de pensée. Avec la pensée de la Relation, E.GLISSANT écrit : « Elle ne confond pas les identiques, elle distingue entre des différents pour mieux les accorder. Les différents font poussière des ostracismes et des racismes et de leurs monogonies. Dans la Relation, ce qui relie est d'abord cette suite de rapports entre les différences, à la rencontre les unes des autres ». 23 Il y a là, appel à une pratique de la complexité qui fonde une autre politique de la relation, donc une autre façon de penser aussi les rapports entre champs professionnels distincts.

L'idéologie de la transparence.

« Toujours plus d'informations, toujours plus de transparence dans les informations, toujours plus de partage d'informations, et ce, toujours au dépens de la préservation de l'intimité et de la liberté ! ».24

AUDITION PUBLIQUE

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

L'envie devenue irréprensible de « tout voir et tout savoir », le besoin d'accès immédiat et permanent à toute information, de partage et de stockage de données, d'échange de contenus, appartient à une société qui veut tout mettre en lumière, obtenir dans un continuum la plus totale transparence et se défie de tous les espaces privés, au risque de lutter contre les singularités. Ce « progrès » devenu exigence et revendication repose sur la transparence et le partage d'informations, nouveaux piliers devant porter la démocratie et l'égalité. Les conditions de l'exercice médical, les représentations et le statut du secret médical en sont modifiés en profondeur : ce secret ne serait plus aujourd'hui qu'obstacle dans les échanges et transmissions entre professionnels, fondant les fréquentes demandes de dérogation ou de partage.

Les moyens technologiques, la rapidité de leur développement et de leur efficacité donnent les moyens de cette transparence qui devient possibilité de surveillance continue et constante. « Ce désir de transparence, de voir plus que de savoir ou comprendre, disqualifie la foi dans la parole...désavoue le mystère, le rêve, l'histoire, les effets de contexte autant que ceux de la culture. Le sujet se trouve réduit à son évidence... ».25 Cette surexposition à la lumière abrase les saillies, écrase les reliefs, comble les cavités, vient niveler les formes, la pluralité des modelés et des contours. Il en va de même pour les singularités psychiques : il y a écrasement, disparition du sujet qui alors se retranche dans ce qu'il peut rester d'ombre. « La présente règle de l'ouverture de tout à tous force le secret des confessionnaires comme des salles de bains. Il faut faire la lumière. La société de l'accès criminalise l'arcane et l'opaque ».26

Pour certains AICS, l'implacable confrontation à la réalité de l'acte criminel accompli vient mettre à jour, révéler des éléments psychiques ou des souvenirs traumatiques que le sujet ne s'est pas encore approprié et qui vont amplifier sa fuite dans le déni ou la dénégation, la dissociation ou le repli...tout comme le sujet s'éclipse lors du passage à l'acte violent à expression sexuelle.

La logique judiciaire, à travers sa propension à tout maîtriser de la PPSMJ risque ainsi d'être en homologie fonctionnelle, avec le contexte du passage à l'acte sexuel violent, l'auteur se retrouvant dans la plus totale « nudité psychique » face à la Justice. Nombreux sont les personnes qui témoignent de cette impossibilité à se sentir exister face au Magistrat, au CPIP, au Procureur de la République ...ou à l'expert psychiatre et au médecin coordonnateur !!

Pour nombre de personnels sanitaires intervenant en prison, sécurité rime avec relation, avec respect inconditionnel des personnes détenues, plutôt qu'avec des techniques d'appel d'urgence souvent insuffisantes en nombre ou même défailtantes. En milieu pénitentiaire, les patients/détenus suivis par les dispositifs de soin, testent, consciemment ou pas, le médecin quant à son indépendance professionnelle vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire, des Magistrats, évaluent la capacité du soignant à ne pas réduire sa personne à son acte, met à l'épreuve son implication et sa loyauté dans la relation de soin, son attention à maintenir la confidentialité, seule garantie de la confiance. Réserve et discrétion professionnelles, le secret médical devient alors qualité de relation plutôt que contenu, capacité à permettre à la PPSMJ à basculer dans un processus de soin : le secret médical devient outil de soin.

Ainsi, dans le processus de soin, le médecin ou psychologue traitant a besoin de temps et d'espaces différenciés pour exercer son travail de « traducteur » de ce qu'est le sujet pour lui-même...Que disent de moi mes pulsions paraphiliques ? Comment les appréhender, comment les élaborer, comment les traiter ? « Le clinicien fait l'expérience de la profondeur et de la légèreté du processus thérapeutique...l'être humain a besoin d'inscrire son histoire, de mettre en œuvre ce processus

AUDITION PUBLIQUE

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

d'inscription dans la thérapie, sans que le patient ne sache ce qui va être écrit. C'est la fonction qui n'enferme pas le patient dans la chronologie, dans une position convenue et laisse la place à une sémantique du vague, à la surprise, à l'oubli ».27

Secret médical ?

« Face à ces exigences de transparence et de visibilité qui hantent nos sociétés modernes au nom d'une volonté de vérité qui n'est que la revendication tyrannique d'une « prodigieuse machine destinée à exclure » (Mots de M. FOUCAULT), je revendique désespérément et mélancoliquement le droit au secret». 28

C'est donc bien la clinique tout autant que la loi qui nous apprend à ne pas transiger avec : réserve professionnelle, secret professionnel, secret médical, que l'on soit magistrat, CPIP, surveillant pénitentiaire, experts, médecins coordonnateurs et médecins traitants...

La réserve professionnelle du surveillant pénitentiaire qui a accès au dossier pénal de la personne détenue nous semble aussi importante que le secret médical du généraliste exerçant en UCSA, du médecin ou psychologue traitant dans le cadre d'un SSJ avec IS.

Au fil du temps, des évolutions législatives, les limites imposées à son emploi par les dérogations, les obligations de dire et signaler au nom de la sécurité, concourent à l'effacement progressif du secret médical, mouvement de recul emblématique qui dépasse largement la seule profession médicale. Comment penser cette élimination progressive, cet abandon calculé ? Que voir dans cette restriction du secret médical, puis son effacement et remplacement par le terme de « secret professionnel » du Code pénal de 1992 ? Un retour en force du patient quittant son rapport de dépendance au médecin, un rééquilibrage de la relation thérapeutique sur un mode plus horizontal, un « empowerment » des malades ? « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en a fait non plus seulement un devoir du médecin, mais un droit du patient. L'intention est de protéger le patient contre le paternalisme médical qui a fait du secret un droit du médecin qui lui était opposable », écrit Anne Lécu. Elle poursuit : « Qui détient un secret détient un pouvoir. Comment défendre ce secret autrement qu'en défendant un certain pouvoir médical ? Faut-il même le défendre ? Nous disons que oui ». 29

Ainsi ne nous trouverions-nous pas devant ce paradoxe consistant à penser le « secret médical » comme seule défense de la singularité, de l'intimité, de la temporalité du sujet face à l'idéologie de transparence et sa dérive totalitaire, mais dans une relation qui ferait du médecin le détenteur d'un pouvoir exorbitant sur le patient ! Doit-on y voir un lien avec le contenu de la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui élargit la notion d'«équipe» à des acteurs non sanitaires comme les travailleurs sociaux, envisageant un partage large d'informations qui relevaient jusque-là du seul champ médical ? Le recours au secret pour ceux qui l'avancent devient alors suspect de faire barrage à la surveillance, d'être détenteurs d'informations susceptibles de nuire aux efforts consacrés par tous à la défense sociale et à la traque de la dangerosité et de la probable récurrence. « Parce qu'il est obstacle à la transparence, le secret est lui-même suspect de recouvrir la faute ».30 Là encore les Associations de soignants travaillant en milieu pénitentiaire sont autant de donneurs d'alerte et martèlent au fil des ans leurs avertissements, leurs exhortations. « Recommandation 3 : Le ministère de la Santé doit trouver le moyen adéquat d'extraire les données administratives...sans passer par un dispositif pénitentiaire quel qu'il soit. Recommandation 4 : Le ministère de la Santé doit être impérativement le

AUDITION PUBLIQUE

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

garant de l'indépendance professionnelle des soignants, quelles que soient les pressions exercées, notamment par l'Administration Pénitentiaire pour des raisons sécuritaires ».31

Le secret médical peut donc être envisagé comme une dynamique et non seulement un contenu. Il vient séparer et différencier, restaurer et protéger l'espace psychique du sujet, renforcer son intimité, donc son identité et permettre un engagement dans la relation de « confiance » et le processus de soin. Il n'est pas seulement une donnée légale, il est une fonction, il est un mouvement.

L'illusion partenariale

Peine et Soins doivent rester différenciés : il n'existe pas, à priori, de sens thérapeutique à la Peine comme il n'y pas de valeur punitive à une Thérapie.

Ce que nous nommons « illusion partenariale » n'est que déni de la différence : il n'existe pas à priori d'espace de collaboration possible entre les différents professionnels. Espaces architecturaux, repérage clair des acteurs de la Justice ou du Soin, souci de maintien dans les échanges des réserves propres à chaque champ, scansion des temps de rencontre, outils d'information spécifiques et non pas conjoints : autant d'axes de différenciation à mettre en oeuvre quelles que soient les difficultés techniques rencontrées par les ministères respectifs.

On l'a vu, force est de constater en milieu pénitentiaire l'échec des multiples tentatives mises en place par les services de l'AP, comme la « Commission Pluridisciplinaire Unique », malgré des mesures coercitives portées conjointement par les Directeurs d'Etablissements Pénitentiaires se pensant en position hiérarchique vis-à-vis des personnels des acteurs de la Santé, et des Directeurs d'Hôpitaux bien loin du terrain et des difficiles conditions d'exercice en milieu pénitentiaire...Au lieu de voir chaque champ professionnel aller le plus loin possible dans le développement de ses missions, avec ses spécificités et parfois ses exclusives, les « CPU » ne sont que la chambre d'enregistrement des décisions pénitentiaires unilatérales drapées d'une illusion consensuelle.

Le cadre de soin doit être en tous points être pensé comme espace différencié, « lieu sanctuarisé » comme l'expriment certains professionnels, échappant au regard panoptique et totalitaire de la Justice. Ainsi les temps de l'expertise en milieu pénitentiaire ne peuvent pas se dérouler au sein des Unités de Soins, des SMPR. De même les experts psychiatres travaillant en milieu hospitalier ne devraient effectuer leurs missions judiciaires qu'au sein d'espaces dédiés. L'historique et sage différenciation entre le soignant et l'expert doit être effective dans l'organisation des missions de chacun... jusqu'aux espaces architecturaux.

On le voit : différenciation n'est pas clivage, articulation n'est pas collaboration, mais maintien dans un tout complexe de la diversité des approches et des discours. « Ne pas délimiter les interventions est contre-productif pour ce que visent les missions respectives de la Santé et de la Justice...Partager des informations sur la personne, élaborer en commun des conduites à tenir diluerait leurs spécificités, affaiblirait les effets de leurs interventions et créerait de l'incompréhension chez les personnes dont nous nous occupons ».32

Les limites entre ces champs distincts, les frontières, doivent être posées sans peur aucune. Elles constituent même un préalable à toute prise en charge d'auteurs de violences à caractère sexuel, personnes souvent confrontées à une perception faussée des limites générationnelles qui restent floues ou béantes, des rôles parentaux/conjugaux, des désirs sexualité/tendresse...

AUDITION PUBLIQUE

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

« La prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif : la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récurrence ». 33

Remettre la PPSMJ au cœur de chacune des actions

« La plupart des psychiatres pensent que le psychopathe relève avant tout de la prison et qu'il est au-delà ou même hors du champ de la thérapeutique. Au mieux la rencontre avec la Loi serait une sanction thérapeutique, au pire, la défense sociale y trouve son compte et il y a des psychiatres en prison ! ». 34

Pour la PPSMJ, les dispositions de la loi de 98 peuvent être l'occasion d'un contact inaugural avec les dispositifs de soin, l'entrée dans un processus motivationnel qui pourra évoluer par étapes et devenir l'occasion d'une action nouvelle : une demande explicite d'accompagnement ou de soin. Il s'agit pour certains sujets d'une première rencontre thérapeutique, sans demande explicite, le contexte judiciaire pouvant être pris comme élément de médiation et utilisé comme avance de parole pour évoquer les faits reprochés et s'interroger sur leur sens dans l'histoire de vie. Si la Justice se centre sur l'acte, le soin s'intéressera au rapport du sujet à l'acte, au symptôme. On le sait, ces personnes « cabossées », présentant souvent une alexithymie, sont extrêmement sensibles aux éléments de contexte, peu accessibles à une approche rétrospective de leur histoire, peu capables d'élaboration qui sera longue et laborieuse. Cette proposition de soin qui repose sur un long travail d'élaboration psychique, est bien loin du seul objectif de prévention de la récurrence, même s'il peut y contribuer. On est bien loin également de cette passion de se dire, de la parole qui se dévide sans fin, comme lors de certains entretiens de psychothérapie avec d'autres formes de souffrances psychiques. On est loin aussi du champ exclusif de la perversion...tout en travaillant avec les mécanismes bien connus du clivage et du déni, de la manipulation, mots « clefs » largement utilisés par les soignants comme autant d'épouvantails ayant pour but d'exclure définitivement de toute perspective thérapeutique, nombre d'auteurs de violence à expression sexuelle. La Loi nous invite donc à inventer de nouvelles façons de travailler avec ces personnes que la Justice nous adresse, à élargir nos considérations théoriques, à diversifier notre approche clinique, à adapter nos propositions thérapeutiques aux personnes qui viennent nous solliciter. « Il n'y a pas de théorie universelle, généralisable, si ce n'est la théorie fondée sur le fait qu'il faut s'adapter à chaque personne et inventer au fur et à mesure, en fonction de ce que cette personne apporte et peut apporter ». 35

Dans le même temps, des outils nouveaux émergent, basés sur une relation plus horizontale et équilibrée entre la personne consultant et le professionnel de santé, un consentement « éclairé » à la mise en œuvre d'options de soin...Il s'agit de « faciliter un temps d'échange et de délibération où patient et professionnels de santé discutent les différentes options disponibles au regard des attentes et préférences du patient, de l'expérience des professionnels et des données de la science ». 36

C'est bien là que nous voyons la véritable transparence, le cœur du partenariat : dans les liens thérapeutiques que le psychologue ou médecin traitant va préserver avec son patient, dans la qualité de la relation de Justice que le Magistrat ou le CPIP vont entretenir avec la PPSMJ. « Il faut pouvoir penser conjointement la sanction et le soin. Si les acteurs ne sont pas les mêmes, c'est la délimitation des places et des rôles qui permet, dans la meilleure hypothèse, l'émergence d'un processus élaboratif.

AUDITION PUBLIQUE

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

C'est l'expert qui indique la nécessité du soin. C'est le juge qui l'énonce. C'est le thérapeute qui offre sa disponibilité. C'est le délinquant sexuel qui s'y engage. ». 37

Replacer le médecin coordonnateur au centre du dispositif

C'est parce qu'il s'appuie sur la Loi que le Médecin Coordonnateur peut faire son travail, au sein même du paradoxe auquel il est soumis : la nécessité de taire et l'obligation de révéler. Nécessité de taire afin que les soins en cours avec le traitant, psychiatre ou psychologue, puissent se déployer dans l'intimité du sujet, ses recoins et ses ombres, dans l'attente d'un mouvement de subjectivation jusque-là impossible chez l'abuseur. Obligation de dire, au Magistrat, à la Société, que le travail est en cours, le chantier psychique ouvert et balisé, les efforts de soin en place, les moyens mobilisés ... sans pourtant présager de la certitude du résultat. Mouvement d'objectivation toujours difficile, toujours douloureux pour l'exercice médical.

La Loi de 98 et ses renforcements réglementaires récents créent une situation nouvelle. Ces contraintes nous obligent à penser différemment, à organiser notre métier avec ce nouveau paradigme : le soin ne peut pas être détaché de la peine ! Il ne s'agit pas de soigner ou punir, il s'agit de punir et de soigner. Le Médecin Coordonnateur doit donc maintenir cette tension, sans tenter de la résoudre lui-même : c'est à la PPSMJ de rassembler et utiliser les deux dynamiques, la peine pour ce qu'elle est, le soin pour ce qu'il peut être.

Il y a 20 ans, cette place, ce rôle du médecin coordonnateur furent contestés, voire fustigés, puis désertés par les psychiatres qui ont voulu y voir une clinique exclusivement centrée sur les perversions et une soumission à l'autorité judiciaire. Aujourd'hui, le nombre de médecins coordonnateurs semble toujours insuffisant. La Loi n'a pas été modifiée, mais la clinique s'est décentrée de la perversion pour intégrer d'autres registres psychopathologiques, comportementaux ou de dépendance à l'origine d'actes violents intégrant la sphère du sexuel. Par ailleurs l'évolution rapide du corps législatif étendant le recours par les juridictions au SSJ avec Injonction de soin, placent nombre de praticiens devant un choix qui ne doit pas rester simplement militant. C'est notre sens clinique et la souffrance de nombre de ces PPSMJ qui nous invitent à jouer ce rôle de filtre, de pare excitation, d'écran projectif et non seulement d'intermédiaire atone afin que le travail des « traitants » puisse être effectif. Il ne s'agit pas de rester intermédiaire passif instrumentalisé par les tenants de la « rage sécuritaire ».

Il existe bien une séparation entre la punition et le soin, comme il existe un chaînon manquant entre Justice Pénale et Psychiatrie, un saut épistémologique qui nous semble devoir être élaboré, pensé et non pas colmaté par un cortège de directives ou de lois qui viendraient remplir ce « trou », oblitérer ce vide. La sanction posée, punition et soin doivent être pensés conjointement dans un rapport de contiguïté et non de continuité. Il s'agit d'éviter que cette approche ne se résume au « soin sous contrôle judiciaire ». 38

Est-il totalement déraisonnable, pour le contexte qui nous occupe, de penser une Justice au service du Soin ?

Eléments de proposition

« Quand on a un marteau dans la tête, on regarde tous les problèmes sous la forme d'un clou ».
Proverbe africain.

AUDITION PUBLIQUE

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

Renforcer le rôle du médecin coordonnateur et mieux définir sa place.

Il se doit d'être joignable en permanence par le JAP du côté de la Justice et par le psychologue ou médecin traitant du côté de la Santé. Si, lors de son rapport annuel, il « traduit » pour la Justice ce qu'il comprend du travail en cours, il est bien là pour maintenir le cadre des soins et permettre au psychologue ou médecin traitant d'être dégagé de tout lien avec les services de la Justice. Clairement positionné comme « auxiliaire de justice », et sans rôle soignant à priori, il est nommé par le JAP sur une liste établie par le Procureur de la République, et est rémunéré sur la base d'un état justificatif visé par le magistrat. Dans ce sens, tout comme les experts judiciaires, le financement de l'activité du médecin coordonnateur doit être effectué par le Ministère de la Justice et non par les Agences Régionales de Santé (ARS). Du fait de qualifications médicales nécessaires pour le suivi de certaines PPSMJ, il ne nous semble pas judicieux que des psychologues cliniciens aient la fonction de coordonnateur.

Mettre en place des réunions « cas complexes » dans chaque TGI, entre

JAP et médecins coordonnateurs. On peut imaginer que les CPIP y soient associés sur demande du Magistrat et que la PPSMJ puisse y être invitée.

Financer spécifiquement psychologue et médecin « traitants ».

Tout médecin coordonnateur sait les difficultés à trouver un « traitant ». Les difficultés sociales, financières, cognitives...auxquelles sont confrontés nombre de PPSMJ en SSJ avec IS, mais aussi la complexité clinique et le caractère de la demande, les excluent du recours au dispositif libéral. On connaît par ailleurs la surcharge de travail des collègues du Service Public et les listes d'attente de plusieurs mois pour accéder à des consultations médico-psychologiques (CMP). Certains de nos confrères évoquent leur manque de qualification, de formation, afin d'éviter de parler de leur réticence au suivi de ces patients... réticence qui touche souvent à la résistance et son corollaire : l'exclusion. Il est donc urgent que des lignes budgétaires soient affectées par les ARS aux psychologues ou médecins, considérés comme « traitants » dans le cadre de la Loi. Une liste de volontaires devrait être établie par les ARS au regard d'une formation spécifique, et des conventions signées permettant engagement et rémunération annuelle par PPSMJ suivie. Le principe de l'accompagnement, du soutien, de la psychothérapie individuelle ou de groupe, de la diversité des approches doit être entendu par principe, et faire l'objet d'un échange avec la PPSMJ et le médecin coordonnateur.

Ouvrir des Centres de Consultations Spécifiques.

La psychiatrie Publique se doit de permettre l'accès aux soins à ces PPSMJ, en pré sentenciel ou en post pénal, en obligation ou injonction de soin. Il s'agit de permettre à ces personnes de se tourner vers des structures accessibles, et des professionnels formés. Certains de ces lieux existent, suivant une dénomination de « psychiatrie légale », « médico-légal », « médico-judiciaire »...Le choix a été fait à AIX EN PROVENCE (39) de proposer un accès au « Centre de Consultations Spécifiques » à partir d'une clinique de la violence et non du statut judiciaire ou administratif de la personne. Force est de constater que la plupart des personnes suivies le sont pour des actes délictueux ou criminels violence à expression sexuelle.

AUDITION PUBLIQUE

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

La PPSMJ : au centre !

Il nous semble impératif que la PPSMJ ait accès à tous les éléments de son dossier pénal, à l'ensemble des annotations qui y figurent, écrits des acteurs judiciaires ou pénitentiaires, rapport du médecin coordonnateur... tout comme depuis la loi de 2002 le patient doit pouvoir avoir un accès intégral à son dossier médical. Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) viendra t'il renforcer la sécurité des données personnelles à travers un traitement licite, loyal et transparent ...afin de toujours mieux soutenir la place sociale des PPSMJ en tant que personnalité, singularité, individu, sujet. « C'est cette revendication toute silencieuse de l'irremplaçabilité du sujet. Nous ne sommes pas remplaçables. L'Etat de Droit n'est rien sans l'irremplaçabilité des individus. L'enjeu est ici de comprendre comment l'individu, si décrié, protège la démocratie contre ses dérives entropiques. Faut-il encore comprendre ce que signifie « individu ». En fait, c'est la qualité du processus de subjectivation, l'individuation et non l'individualisme, qui protège la durabilité de la démocratie ». 40

AUDITION PUBLIQUE

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

Bibliographie

- 1-SHAKESPEARE, « HAMLET », Traduction François-Victor HUGO.
- 2-R.GORI, B.CASSIN, C.LAVAL, « L'Appel des Appels. Pour une insurrection des consciences », Editions Mille et une nuits, 2009, p. 266-270.
- 3-M.DAVID – ASPMP, « La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques », Assemblée Nationale – Jeudi 22 février 2018.
- 4-A.HIBON, « Médecins captifs du pénitencier », Libération, 7 décembre 2004.
- 5- ASPMP, « Non au programme de soins en prison ». Communiqué du 29mars 2018.
- 6- A. ALBERTINI, « Sur les traces d'un travailleur clandestin assassiné en Corse », Le Monde, 7 mars 2018.
- 7- B.GRAVIER, V.MOULIN, J-L SENON, « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociales », L'information Psychiatrique, 2012/8.
- 8- V. GAUTRON, E.DUBOURG, « La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel », Criminocorpus, Mis en ligne le 26/01/2015.
- 9-Transcription libre de propos tenus lors des Journées SPMP, SMPR et UMD. MONTPELLIER 17-18 novembre 2010.
- 10- B.GRAVIER, V.MOULIN, J-L SENON, « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociales », L'information Psychiatrique, 2012/8
- 11- E. BLANC, « Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel », Assemblée Nationale, 29/02/2012.
- 12- HAS, Audition Publique, « Prise en charge de la Psychopathie », Recommandations de la commission d'audition, Mai 2006.
- 13- C.CHARRIERE-BOURNAZEL, « La rage sécuritaire », STOCK, 2011.
- 14- E. BLANC, Ibid.
- 15-E.BLANC, Ibid.
- 16- HAS, « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans », Juillet 2009
- 17- R.BARTHES. Cité par P.BEN SOUSSAN, R.GORI : « Peut-on vraiment se passer du secret ? L'illusion de la transparence ». Editions Eres, 2013, p.60.
- 18- R.DEBRAY, « Eloge des Frontières », GALLIMARD, 2010, p.25-28.
- 19- A.CAMUS, « L'envers et l'endroit », Editions GALLIMARD, folio essais.
- 20- R.DEBRAY, Ibid, p.13.
- 21- E.GLISSANT, « Philosophie de la Relation », Editions GALLIMARD, 2009, p.57
- 22- Ibid, p.69.
- 23- Ibid, p.72.
- 24- A. Lécu, « Le secret médical. Vie et mort », Les Editions du Cerf, 2016, p.202.
- 25- R.GORI, M-J DEL VOLGO, « La santé totalitaire », DENOËL, 2005, p. 257.
- 26- R.DEBRAY, Ibid, p.34.
- 27- Transcription libre de propos tenus par Laurence FANJOUX lors des Journées SPMP, SMPR et UMD. MONTPELLIER 17-18 novembre 2010.
- 28- P.BEN SOUSSAN, R.GORI, ibid, p.57.
- 29- A. Lécu, ibid, p.53.
- 30- A. Lécu, ibid, p.56.
- 31- ASPMP et APSEP, « Secret professionnel et partage de l'information », Livre Blanc, Mars 2017.
- 32- L.CHOSTAKOFF, A.FOULEY, G.TANVEZ, F.ARNAUD. « Auteurs d'infraction à caractère sexuel : une approche clinique et thérapeutique en milieu carcéral ». « Du nouveau dans la Psycho », Champs social éditions, 2012. P.228.
- 33- HAS, « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans », Juillet 2009.
- 34- HAS, Ibid.
- 35- F.ROUSTANG, « Le thérapeute et son patient », Editions de l'Aube, 2001, p.67.
- 36- HAS, « Eléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé », HAS, Mars 2018.
- 37- D.ZAGURY, « Les nouveaux monstres. Plaidoyer pour un traitement raisonné des agresseurs sexuels, in : A. CIAVALDINI, « Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire », Editions In Press, 2003, p.46.
- 38- A.CIAVALDINI, ibid.
- 39- G.TANVEZ, F.ARNAUD, « Projet de Centre de Consultations Spécifiques », Centre Hospitalier MONTPELLIER, AIX EN PROVENCE, projet médical, 2010.
- 40- C.FLEURY, « Les irremplaçables », Editions GALLIMARD, 2015, p.13.