

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 183

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Maud ARRIVÉ
née le 16 mars 1988 à Bordeaux

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2016

**LES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS : ORIGINES, CADRES LÉGISLATIFS
FRANÇAIS ET EUROPÉENS, DONNÉES PSYCHOPATHOLOGIQUES**

Président : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent DESBLANCS

Membres du jury : Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE
Monsieur le Docteur Florent COCHEZ

REMERCIEMENTS

À notre présidente de jury,

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements, vous avez su me donner le goût de l'addictologie. Je vous remercie pour le soutien que vous avez porté à ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse et de juger mon travail.

Je vous remercie pour la qualité des enseignements que vous nous avez proposés, notamment pendant notre première année, qui m'ont permis de m'engager plus sereinement dans la psychiatrie. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse et de juger mon travail.

Je vous remercie de m'avoir permis de participer à votre enseignement de psychiatrie légale, je vous remercie pour la qualité de cet enseignement qui m'a donné l'envie de ce travail de thèse. Veuillez recevoir ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse et de juger mon travail.

Vous m'aviez fait l'honneur de juger mon mémoire de psychiatrie légale l'année dernière et vous m'aviez encouragé à poursuivre ce travail. Je vous remercie pour ces encouragements et j'espère que le résultat ne vous décevra pas. Veuillez recevoir ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Florent COCHEZ

Tu me fais l'honneur de siéger dans ce jury de thèse et de juger mon travail.

Merci pour le semestre passé au sein de ton service qui reste un excellent souvenir, merci de m'avoir permis de rencontrer des patients en injonction de soins dont certains ont inspiré ce travail. Merci enfin pour ta disponibilité et ton soutien. Et merci pour la confiance que tu m'as portée pour les années à venir, j'espère que je serai à la hauteur. Reçois ici tout mon respect et ma reconnaissance.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Laurent DESBLANCS

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse.

Merci d'avoir accepté sans hésiter de diriger ce travail. Merci pour ta disponibilité et ta patience tout au long de ces deux années, merci pour les longues lectures et relectures. Merci pour tes éclairages, tes apports et ton soutien dans mes moments de doutes. J'espère que le résultat ne te déçoit pas. Reçois ici tout mon respect et ma reconnaissance.

Remerciements également à...

L'ensemble des médecins et équipes soignantes qui m'ont accueillie tout au long de mon internat. Merci pour vos qualités humaines et professionnelles, votre expérience clinique et vos conseils précieux, qui m'ont permis de passer de « bébé interne » au docteur que je vais devenir.

Mais aussi à...

Mes parents, merci pour les parents que vous avez été, et que vous êtes encore. Merci pour votre soutien à toute épreuve. Merci de m'avoir permis d'être ce que je suis aujourd'hui et de m'aimer comme telle. Je vous aime.

Mes sœurs, Myriam et Camille, merci pour votre amour, vos sourires, votre enthousiasme, votre optimisme, votre intelligence, votre subtilité, votre imagination et toutes vos autres qualités. Merci pour tous nos moments partagés et ceux à venir. Je suis fière d'être votre sœur, je vous aime.

Rémy, merci pour ton amour, ton humour, ta capacité à me faire oublier le temps et les soucis quand je suis avec toi, j'espère avoir encore de bons moments à passer à tes côtés. Je t'aime.

Mes grands parents, pour les valeurs précieuses que vous m'avez transmises, **et toute ma famille**, oncles, tantes, cousins, cousines, pour tous les moments passés ensemble et les discussions existentielles lors de nos repas, qui me font dire que c'est une chance d'avoir une si grande famille.

Mes amies d'enfance, Juliette, Laura, Cécilia, Constance, Marion, merci pour toutes les expériences vécues ensemble pendant toutes ces années, merci pour votre soutien dans les moments difficiles, votre humour et votre joie de vivre dans les moments de retrouvailles. Les distances n'ont pas permis de briser cette solide amitié, j'espère qu'elle durera encore longtemps ainsi.

Mes colocataires successifs, Jean-Charles, Florence, Julie, Faustine, Vanessa, Julie, Lola, Céline, Lise, Cécile, Charlotte (et Pépito), Simon, merci pour votre amitié, les discussions, les soirées, les compotes au lit. Merci de m'avoir rendu ces années à Nantes si agréables, merci de m'avoir accueillie comme je suis.

La foncky family, merci de m'avoir accueillie dans cette drôle de famille, merci pour votre amitié, votre soutien, pour les blagues et les surnoms qui se renouvellent sans cesse, et merci pour les week-end de décompression, qui se poursuivront après l'internat j'espère ?!

Toute ma promo, merci d'avoir été cette promo d'amour et d'eau fraîche qui est restée géniale durant ces quatre années. Vous allez me manquer. On se dit rendez-vous dans dix ans...?

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auteur de Violences Sexuelles

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPS : Code Pénal Suisse

CRIAVS : Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTO : Community Treatment Order (*Ordonnance de traitement communautaire*)

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DS : Défense Sociale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual (*Manuel diagnostique et statistique*)

DTTO : Drug Treatment and Testing Order (*Ordonnance d'injonction de désintoxication et de soumission à des tests de dépistage*)

EDS : Établissement de Défense Sociale

GABA : Acide Gamma-AminoButyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

IS : Injonction de Soins

ISRS : Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine

IT : Injonction Thérapeutique

JAP : Juge d'Application des Peines

LH : Hormone Lutéinisante

MIJE : Mesure d'Investigation Judiciaire et Éducative

MC : Médecin Coordonnateur

MT : Médecin Traitant

OS : Obligation de Soins

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPSMJ : Personne Placée Sous Main de Justice

QICAAIS : Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel

QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Aggression Sexuelle

QIPAAS : Questionnaire d'Investigation pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles

RBR : Risque Besoins Réceptivité

REMS : Résidence d'Exécution des Mesures de Sécurité

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'État

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SPO : Soins Pénalement Ordonnés

SSJ : Suivi SocioJudiciaire

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour Malades Difficiles

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
I.Les soins pénalement ordonnés en France : historique et législation.....	12
1.Aspects historiques.....	12
a)Naissance et évolution de la psychiatrie en France.....	12
b)Histoire de la psychiatrie légale en France.....	15
c)Naissance et évolution des Soins Pénalement Ordonnés.....	17
2.La psychiatrie légale en France : quelques généralités.....	19
a)L'expertise psychiatrique pénale	19
b)La notion d'irresponsabilité pénale	20
c)Les soins psychiatriques proposés en détention.....	20
d)L'internement	21
3.Les Soins Pénalement Ordonnés en France : cadre législatif.....	22
a)L'obligation de soins (OS).....	22
b)L'injonction thérapeutique (IT).....	23
c)L'injonction de soins (IS).....	25
4.Évaluation et critiques.....	27
a)Évaluation des SPO.....	27
b)Questions éthiques	33
5.Discussion sur la législation des SPO	34
II.Les Soins Pénalement Ordonnés en Europe : l'exemple de sept pays européens.....	39
1.La Défense Sociale, un autre modèle de psychiatrie légale.....	39
a)Qu'est-ce que la Défense Sociale ?.....	39
b)La Défense Sociale en Belgique.....	40
i.La loi de Défense Sociale de 1930.....	40
ii.Évolutions de la Loi de Défense Sociale de 1930 à nos jours.....	41
iii.La mise à disposition du gouvernement.....	45
iv.Des soins ambulatoires pénalement ordonnés ?.....	47
c)La Défense Sociale dans deux autres pays d'Europe, l'Allemagne et l'Italie.....	48
i. La Défense Sociale en Allemagne.....	48

La psychiatrie légale en Allemagne : historique et législation actuelle.....	48
Qu'en est-il des soins psychiatriques pénalement ordonnés en Allemagne ?.....	50
ii.La Défense sociale et ses applications en Italie.....	51
La défense sociale en Italie.....	51
Les soins psychiatriques ordonnés par la justice en Italie.....	52
2.L'exemple de la Suède : une psychiatrie légale à part en Europe.....	54
a)La psychiatrie légale en Suède.....	54
i.L'expertise psychiatrique.....	54
ii.L'abolition du discernement.....	55
b)Les Soins Pénalement Ordonnés en Suède.....	56
3.D'autres exemples de SPO ambulatoires en Europe.....	57
a)L'exemple d'un pays sous la Common Law : l'Angleterre.....	57
i.Organisation de la justice en Angleterre.....	57
ii.La psychiatrie légale en Angleterre.....	58
L'expertise.....	58
La notion d'irresponsabilité.....	58
Les soins en milieu carcéral.....	59
iii.Les Soins Pénalement Ordonnés en Angleterre.....	60
L'internement en hôpital psychiatrique.....	60
Les SPO en ambulatoire ou « Community Treatment Order » (CTO).....	60
Exemple concernant l'ordonnance de CTO chez les délinquants toxicomanes.....	61
b)L'exemple de la Suisse.....	63
i.La psychiatrie légale en Suisse.....	63
ii.Les soins pénalement ordonnés en Suisse.....	64
c)L'exemple d'un pays du Sud de l'Europe : l'Espagne.....	67
i.La psychiatrie légale en Espagne.....	67
ii.Les Soins Pénalement Ordonnés en Espagne.....	67
L'internement.....	67
L'obligation de soins en ambulatoire.....	68
4.Discussion : vers un soin pénalement ordonné idéal.....	69
III.Quelles justifications psychopathologiques à l'injonction de soins chez un	
auteur de violences sexuelles (AVS) ?.....	76
1.Les données psychopathologiques.....	78

a)Les classifications internationales.....	78
b)Les AVS ayant une pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM.....	80
c)Troubles de la personnalité chez les AVS.....	81
i.Le Rapport de recherche de 1996.....	81
ii.La reconnaissance de l'acte.....	90
iii.La question de la motivation aux soins.....	97
iv.Les apports des approches cognitives et comportementales.....	102
2.La prise en charge thérapeutique des AVS.....	106
a)L'alliance thérapeutique.....	106
b)La psychothérapie.....	110
i.L'approche psychodynamique.....	112
ii.L'approche cognitivo-comportementale.....	112
iii.Les thérapies familiales ou systémiques.....	113
iv.Les thérapies de groupe.....	113
c)Les traitements médicamenteux.....	115
i.Les traitements hormonaux.....	115
ii.Les antidépresseurs.....	117
d)La combinaison des approches.....	117
3.Des populations spécifiques d'AVS ?.....	119
a)Les adolescents AVS.....	119
b)Les femmes AVS.....	124
4.Discussion : existe-t-il un intérêt à ordonner des soins aux AVS ?.....	126
a)Conclusion sur les données psychopathologiques.....	126
b)Des SPO pour les AVS : pour quels objectifs ?.....	127
c)Et pour quelle efficacité ?.....	131
IV.Quelles justifications psychopathologiques aux SPO chez un sujet dépendant à une substance ?.....	135
1.Définition de l'addiction.....	138
a)Historique.....	138
b)Les classifications internationales.....	140
2.Données psychopathologiques.....	142
a)Comorbidités psychiatriques.....	142
b)Troubles de la personnalité.....	143

c)Autres modèles théoriques : une complexification du concept d'addiction.....	149
3.Prise en charge de l'addiction.....	150
a)Le travail motivationnel.....	150
b)Un travail centré sur les émotions.....	153
c)L'approche groupale.....	154
d)Abstinence vs Réduction des risques.....	155
e)Association à la prise en charge médico-sociale.....	156
f)Les traitements médicamenteux.....	157
4.Discussion : existe-t-il un intérêt à ordonner des soins à une personne souffrant d'addiction ?.....	159
a)Bilan des données psychopathologiques.....	159
b)L'OS dans les troubles addictifs : une mise en application optimale ?.....	164
CONCLUSION.....	169
BIBLIOGRAPHIE.....	171
ANNEXES.....	180

INTRODUCTION

Il existe dans l'arsenal législatif français la possibilité d'ordonner des soins psychiatriques en ambulatoire à des sujets pénalement condamnés. Ces soins peuvent parfois débiter plusieurs années après la condamnation, et les sujets qui se retrouvent en consultation n'ont souvent pas envie de reparler des faits, n'ont pas de demande de soins et viennent essentiellement réclamer un justificatif de consultation pour le juge.

Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés sur l'origine des soins pénalement ordonnés. Nous chercherons à comprendre ce qui avait inspiré l'idée d'ordonner des soins à des délinquants, quels en étaient les objectifs premiers et quelles sont les modalités légales actuelles de ces mesures.

Pour élargir le débat, nous nous intéresserons à la législation dans sept pays européens voisins de la France, afin de savoir comment ils se sont appropriés cette question des soins pénalement ordonnés et quelles sont leurs pratiques.

Enfin, nous nous questionnerons sur l'intérêt d'ordonner de tels soins d'un point de vue psychopathologique. Nous aborderons tout d'abord la clinique des auteurs de violences sexuelles puisque c'est pour cette population qu'a été créée l'injonction de soins, dernière modalité de soins pénalement ordonnés apparue en France. Nous analyserons ensuite la psychopathologie des sujets présentant une addiction puisqu'il s'agit de la problématique la plus fréquemment rencontrée chez les personnes condamnées à des soins pénalement ordonnés. Trouverons-nous dans l'analyse psychopathologique de ces deux populations des arguments en faveur de l'ordonnance de soins psychiatriques ambulatoires allant à l'encontre de leur volonté ?

I. Les soins pénalement ordonnés en France : historique et législation

1. Aspects historiques

Il est nécessaire pour aborder la question des soins pénalement ordonnés (SPO) en France d'évoquer tout d'abord leurs origines afin de comprendre les mouvements ayant conduit à leur émergence et à la forme législative et pratique qu'ils prennent aujourd'hui. Mais avant d'aborder à proprement parler l'histoire des SPO, il semble important de pouvoir les replacer dans leur contexte. Ainsi, nous ferons en introduction un bref rappel historique de l'évolution de la psychiatrie en France, puis de l'histoire de la psychiatrie légale en général, avant d'approfondir plus spécifiquement celle des SPO.

a) Naissance et évolution de la psychiatrie en France

Nous rappellerons, pour initier ce chapitre, les points principaux de la genèse et de l'évolution de la psychiatrie en France.

La psychiatrie entre dans le champ de la médecine très tardivement, vers la fin du siècle des Lumières. Avant cela, elle est, sous d'autres noms, plutôt incluse dans le domaine de la pensée et de l'âme, et donc de la philosophie.

Le terme de « psychiatrie » apparaît au début du XIX^e siècle et signifie « la médecine de l'âme ». Les psychiatres seront cependant encore appelés « aliénistes » jusqu'au milieu du XX^e siècle.

La période avant la Révolution Française est souvent qualifiée d'anté-psychiatrie. Les malades mentaux ne sont pas considérés comme des malades mais comme des fous, des personnes dangereuses, souvent avec des connotations religieuses en arrière-plan (démons, possédés...). Il n'existe pas d'établissements spécialisés pour accueillir ces « fous », cependant ils sont tout de même mis à l'écart de la société dans des structures d'accueil générales qui étaient à l'origine

réservées aux mendiants ou autres rejetés de la société. Mais très vite ces établissements se voient dans la nécessité d'adapter certains espaces qu'ils réservent à ceux qui sont atteints de troubles mentaux. À Paris par exemple, ils sont accueillis à Bicêtre pour les hommes et à la Salpêtrière pour les femmes. Le nombre de malades mentaux qui résident dans ces établissements augmente progressivement jusqu'à la Révolution Française. Il est à noter que, bien sûr, ceux que l'on nomme les « insensés » étaient internés dans ces établissements sans que l'on ne leur demande leur consentement mais sur lettre de cachet ou autre procédure autoritaire [1].

C'est la circulaire de 1785 rédigée par J. Colombier et F. Doublet qui est au fondement de la psychiatrie moderne. Colombier a effectué un tour de France des lieux renfermant des « insensés » avant de fournir un rapport sous forme de circulaire largement diffusée en France. Cette circulaire propose une nouvelle manière de classer les maladies psychiques en quatre classes : la « Frénésie », la « Manie », la « Mélancolie » et l'« Imbécillité ». Pour ces auteurs, il faut traiter ces malades de manière adaptée avec des soins particuliers et dans des établissements spécialisés. C'est de là qu'émergeront les premiers traitements, et notamment le « Traitement Moral », qui est la base de la psychothérapie future.

Dans le même état d'esprit, P.-J.-G. Cabanis publie en 1791 un rapport concernant le traitement des femmes aliénées détenues à la Salpêtrière en proposant un projet de réforme permettant un traitement et une prise en charge plus adaptée de ces patientes [1].

Une des premières décisions prise par l'Assemblée Constituante après la Révolution de 1789 est l'abolition des lettres de cachet. Un décret du 16 mars 1790 affirme que toutes les personnes ayant été emprisonnées par lettre de cachet doivent être libérées, à quelques exceptions près décrites dans l'article 9 :

- Art. 1 : *« Dans l'espace de six semaines à partir du présent décret, toutes personnes détenues dans les châteaux, maisons religieuses, maisons de force, maisons de police ou autres prisons quelconques, par lettres de cachet ou par ordre des agents du pouvoir exécutif, à moins qu'elles ne soient légalement condamnées ou décrétées de prise de corps, qu'il n'y ait plainte en justice portée contre elles à l'occasion d'un crime emportant peine afflictive [...] ou enfin, qu'elles ne soient renfermées pour cause de folie, seront remises en liberté. »*
- Art. 9 : *« Les personnes détenues pour cause de démence seront, pendant l'espace de trois mois, à compter du jour de la publication du présent décret, à la diligence de nos*

procureurs, interrogées par les juges dans les formes usitées, et, en vertu de leurs ordonnances, visitées par les médecins qui, sous la surveillance des directoires de district, s'expliqueront sur la véritable situation des malades, afin que, d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet. »

La constitution propose donc une nouvelle approche du soins des aliénés, c'est la création des asiles psychiatriques. Une des grandes avancées pour les patients en parallèle est l'apport de Pinel qui permet le retrait des chaînes pour les malades psychiatriques avec l'idée de leur offrir des soins. Mais les évolutions proposées d'adaptation des lieux existants ou l'idée de créer de petits centres d'accueil spécialisés est peu mise en pratique et les conditions réelles de soins offertes aux aliénés sont peu modifiées. Il est d'ailleurs demandé aux familles des aliénés d'assurer au maximum leur prise en charge et d'en protéger la société.

Une première loi fondatrice de la psychiatrie émerge en France, largement influencée par les travaux d'Esquirol, c'est la loi du 30 juin 1838. Ce sont les prémisses de la sectorisation de la psychiatrie : la loi exige que chaque département s'équipe d'un asile pour accueillir les malades psychiatriques au plus près de leur lieu de vie habituel. Les modalités d'internement sont établies et l'internement sous contrainte est encadré.

La loi est très vite critiquée, et l'évolution des théories et les avancées en psychiatrie font qu'il semble très vite nécessaire de réformer cette loi. Cependant tous les rapports et toutes les propositions de loi avortent et il faudra attendre la loi du 30 juin 1990 pour qu'elle soit enfin réformée [2].

Dans l'intervalle un certain nombre de mesures apportent tout de même quelques avancées notables dont les plus importantes sont les suivantes :

- Au début du XX^e siècle, une approche plus sociale avec l'idée d'exercer une psychiatrie hors des murs et de réinsérer les patients apparaît. L'idée d'adjoindre systématiquement un service social aux services de psychiatrie existants et de favoriser le développement de la psychiatrie ambulatoire est validée via la circulaire Rucart de 1937.
- L'après-guerre, avec la révélation du traitement des malades mentaux pendant la guerre, la découverte associée des premiers traitements médicamenteux ainsi que l'influence de la psychanalyse entraînent une évolution majeure de la psychiatrie. C'est la naissance de la

psychiatrie institutionnelle. Une circulaire d'août 1952 incite d'ailleurs à « moderniser » et « humaniser » les services de psychiatrie.

- La sectorisation est effective avec la circulaire du 15 mars 1960, l'hôpital est alors une « étape du traitement » qui doit ensuite se poursuivre en ambulatoire au plus près du lieu de vie du patient pour favoriser son insertion dans la société. Plusieurs lois viendront ensuite renforcer cette circulaire en établissant des règles concernant les moyens que doivent développer chaque secteur.
- Les droits des malades et la protection de leurs biens sont aussi pris en compte progressivement à partir de 1968.

Enfin, la loi de 1990 vient réglementer à nouveau les modalités d'hospitalisation, l'hospitalisation libre étant la règle. Dans certaines conditions cependant, une hospitalisation sous contrainte peut être proposée selon deux modes, l'hospitalisation à la demande d'un tiers ou l'hospitalisation d'office. Cette loi sera réformée le 5 juillet 2011, puis de nouveau le 27 septembre 2013 modifiant et précisant les différentes modalités d'hospitalisation sous contrainte [2].

Les grandes lignes de l'histoire de la psychiatrie ainsi établie, voyons ce qu'il en est de la naissance et de l'évolution de la psychiatrie légale en France, c'est à dire la partie de la psychiatrie en lien avec le domaine juridique.

b) Histoire de la psychiatrie légale en France

La psychiatrie légale s'inspire de notions juridiques anciennes puisqu'elle puise ses sources dans le Droit romain qui évoquait déjà la notion de non-réparation pour les insensés ayant commis des infractions. Cette idée était restée dans la pratique ensuite, les aliénés étant cependant mis à l'écart de la société de manière définitive s'ils étaient jugés dangereux.

C'est avec le Code Pénal de 1810 qu'est introduite en France l'idée d'une psychiatrie légale avec l'introduction par l'article 64 de la notion d'irresponsabilité pénale : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». La notion de « démence » à l'époque sous-entend l'atteinte de la conscience des faits en général. Les auteurs d'infraction peuvent alors soit être remis en liberté après le procès, soit internés sur décision du préfet, ce qui est appelé « hospitalisation d'office » à partir de la loi du 30 juin 1838. L'irresponsabilité pénale et la présence ou non d'une « démence » au

moment des faits est une décision judiciaire uniquement, les juges n'ont pas encore recours à l'expertise médicale [1].

Plusieurs aliénistes vont, pendant des années, militer pour l'intervention d'experts psychiatres afin de déterminer la présence ou non d'une démence au moment des faits. E. Georget sera l'un d'eux et aura une grande influence sur ses confrères et sur la Justice, mais il faudra encore attendre plusieurs années avant que les experts psychiatres fassent leur entrée au tribunal. Il est à noter qu'au début de l'application de l'article 64 du Code Pénal, la simple présence d'une aliénation mentale entraînait une irresponsabilité pénale sans que la question de l'état clinique au moment des faits soit réellement discutée. D'après G. Lantéri-Laura [3], c'est l'évolution des classifications des maladies mentales vers la fin du XIX^e siècle qui vient de nouveau questionner cet élément.

Dans la continuité de ces discussions, apparaît la question de l'atténuation de la responsabilité, qui ouvre vers un intermédiaire entre responsabilité et irresponsabilité. Sont prises en compte des circonstances atténuantes, notamment d'ordre psychiatrique, et la peine prononcée peut alors être atténuée tout en gardant la responsabilité pénale. Cette atténuation de la peine est validée en 1905 par la « Circulaire Chaumié », qui est alors garde des Sceaux. Et c'est à l'expert psychiatre que revient la tâche de mettre en évidence ces circonstances atténuantes.

Cette circulaire va entraîner un changement au cours des procès où la Justice s'intéresse de plus en plus à la personnalité des auteurs et plus seulement aux actes, et des experts psychologues sont appelés à témoigner à la barre aux côtés des psychiatres. Il s'agit de comprendre le pourquoi, et plus seulement le comment de l'acte.

Toujours selon G. Lantéri-Laura [3], la fin du XX^e siècle et le début du XXI^e siècle voient émerger une politique plus sécuritaire qu'humaniste, et les tendances évoluent vers l'application de moins en moins importante de l'irresponsabilité pénale au profit d'une reconnaissance de plus en plus fréquente de circonstances atténuantes au moment des faits. Pendant quelques années ces dernières deviennent plutôt des circonstances « aggravantes » justifiant la poursuite en justice et le maintien en détention, ou en hospitalisation sous contrainte à la demande d'un représentant de l'État (SDRE), des délinquants en fin de peine ayant un trouble psychiatrique. C'est très récemment, le 15 août 2014, que l'alinéa 2 de l'article 122-1 du Code Pénal sur l'irresponsabilité pénale (voir infra) vient reposer le principe d'une atténuation de la peine lorsqu'il y a une altération du jugement au

moment des faits, posant pour principe une diminution du tiers du temps de la peine. La dérive sécuritaire est ainsi quelque peu encadrée.

Voici donc exposés brièvement les principaux éléments de l'histoire de la psychiatrie légale en France, au sein de laquelle apparaissent les SPO dans la deuxième moitié du XX^e siècle. Voyons les conditions de leur émergence et leur évolution.

c) Naissance et évolution des Soins Pénalement Ordonnés

Vers la fin du XIX^e siècle, l'idée que la prison ferme n'est pas forcément la meilleure manière de permettre l'évolution d'un délinquant voit le jour, et des alternatives à l'emprisonnement sont imaginées. La loi du 14 août 1885 intitulée « Loi sur les moyens de prévenir la récidive » introduit ces premières alternatives parmi lesquelles la liberté conditionnelle : le délinquant va pouvoir sortir de détention de manière anticipée s'il montre au cours de son incarcération des gages de bonne conduite. La notion de soins pour les détenus n'est pas encore présente dans cette loi. Il faudra attendre un second mouvement de réforme du système pénitentiaire pour cela. Celui-ci est mené dans l'après-guerre par un certain Paul Amor, qui avait été emprisonné pendant la seconde guerre mondiale, et qui est nommé Directeur de l'Administration Pénitentiaire et des Services de l'Éducation Surveillée entre 1944 et 1947. Pour lui, la prison ne doit pas être uniquement un lieu de punition, mais doit aussi permettre au prisonnier de se réinsérer dans la société. Pour ce faire, les peines prononcées pour les détenus doivent être individualisées et adaptées à chacun, et les établissements pénitentiaires doivent offrir aux détenus des services sociaux et médicaux appropriés. De même, la prise en charge en milieu ouvert est pour Paul Amor plus appropriée, et c'est vers cet objectif que le système judiciaire doit tendre. Toutes les idées de Paul Amor ne seront pas retenues et appliquées, mais le mouvement va se poursuivre après la fin de son mandat, et les établissements pénitentiaires vont renforcer les services médicaux et introduire dans leur personnel des assistants sociaux et des éducateurs.

C'est dans la continuité de ce mouvement, avec le décret du 1er avril 1952 qui vient en application de l'article 6 de la loi du 14 août 1885 concernant la libération conditionnelle, qu'apparaît la notion de soins ordonnés par la justice à la sortie de la détention. Il y est effectivement proposé comme condition de maintien en liberté la « *fréquentation régulière d'un dispensaire en vue d'y recevoir un traitement* ». C'est donc dans le cadre d'un mouvement humaniste dans l'après-guerre que les soins pénalement ordonnés vont émerger [4].

Ce sont les « alcooliques dangereux » qui font les premiers l'objet d'une loi les obligeant à suivre des soins ordonnés pénalement. C'est la loi du 15 août 1954 nommée « Loi sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui » [5]. Elle stipule dans ses deux premiers articles que « *tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire* » et que « *tout alcoolique présumé dangereux doit être signalé à l'autorité sanitaire par les autorités judiciaires ou administratives compétentes* ». Une enquête familiale et sociale doit être réalisée chez ces sujets, et des soins doivent leur être ordonnés. Il faut d'abord les convaincre de les accepter librement, si ce n'est pas le cas il est cependant possible de les interner dans des structures spécialisées. Cette loi sera cependant très peu appliquée, elle fut d'ailleurs abrogée le 15 juin 2000.

La création du sursis avec mise à l'épreuve en 1958 voit naître l'« obligation de soins » (OS) qui est une des conditions possibles de cette mise à l'épreuve. Elle n'est donc plus réservée uniquement aux alcooliques dangereux. Lors de sa création, le cadre législatif de l'OS est peu défini, et notamment en ce qui concerne les liens entre le médical et le judiciaire. Ce système est sans grande cohérence mais cependant d'application immodérée par les juridictions. Il faudra attendre d'autres textes sur le sursis avec mise à l'épreuve entre 1958 et 1989 pour que la pratique soit plus encadrée et le cadre légal de l'OS mieux défini. Nous préciserons le cadre légal actuel dans un autre chapitre.

Un nouveau type de soins pénalement ordonnés est créé avec la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 concernant les toxicomanes : c'est l'injonction thérapeutique (IT). Le contexte politique de l'époque considère la montée de la consommation de drogues comme très préoccupante et dangereuse, notamment pour la jeunesse. Les condamnations pour détention et consommation de drogues illicites augmentent, et il est proposé à ces personnes d'accepter un traitement adapté de sevrage en échange d'une remise de peine. C'est le principe de l'injonction thérapeutique, mais le terme n'émergera pour la première fois dans la circulaire du 20 novembre 1984 [6].

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998, qui vient compléter l'article 131-36 du Code Pénal, instaure le suivi sociojudiciaire pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel. Une des conditions qui peut être associée au suivi sociojudiciaire est l'injonction de soin (IS). Les modalités sont les suivantes : « *Cette injonction peut être prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi après une expertise médicale, ordonnée dans les conditions prévues par le code de procédure pénale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Cette expertise est réalisée*

par deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ». Progressivement l'injonction de soins est étendue à d'autres infractions : en 2005 elle peut être prononcée pour des auteurs de violences sur des personnes (meurtre, assassinat, empoisonnement, acte de torture ou de barbarie, enlèvement ou séquestration, destruction commise avec des moyens dangereux pour les personnes ou diffusion d'engin de destruction). En 2007, l'IS s'étend encore pour les auteurs de violences sur mineurs de 15 ans ou sur personne vulnérable, de délits de propositions sexuelles à un mineur de 15 ans ou pour les violences sur conjoint. En 2010, l'IS concerne également les menaces sur conjoint ou partenaire et en 2013 les condamnations pour disparition forcée, réduction en esclavage et exploitation de personnes réduites en esclavage. En 2007 également, avec la loi n° 2007-1198 du 10 août, l'IS devient systématique dans le cadre du suivi sociojudiciaire et n'est donc plus une option complémentaire. Après 2007, c'est la possibilité d'ordonner une IS qui s'étend, puisqu'elle peut être ordonnée dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'une surveillance de sûreté [7] ou d'une contrainte pénale.

2. La psychiatrie légale en France : quelques généralités

Avant d'aborder la législation concernant spécifiquement les Soins Pénalement Ordonnés (SPO), il semble nécessaire de faire le point brièvement sur l'ensemble du dispositif de soins au sein de la procédure pénale en France. C'est d'autant plus nécessaire que nous comparerons ensuite ce système avec ceux de quelques pays européens limitrophes où les modèles de psychiatrie légale peuvent être très différents.

a) *L'expertise psychiatrique pénale*

En France, pour devenir expert psychiatre, le praticien peut demander au Procureur de la République son inscription sur une liste d'experts près la Cour d'appel ou près la Cour de cassation. Après accord d'une commission de magistrats qui examine sa candidature, il prête serment et peut alors proposer ses services à la Justice. L'expert psychiatre pratique les expertises en parallèle d'une autre activité dans un service public ou en libéral. Il touche une indemnité dont le prix est fixé en fonction du type d'expertise effectuée et c'est le système judiciaire qui rémunère le psychiatre [8].

L'expertise psychiatrique peut être demandée soit par le juge en charge du dossier, soit par une des parties.

b) La notion d'irresponsabilité pénale

En France, l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux est reconnue dans la loi. C'est l'article 122-1 du Code Pénal qui y fait référence avec deux alinéas qui différencient l'abolition totale du discernement et l'abolition partielle (ou altération) du discernement :

- Article 122-1 alinéa 1 : *« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».*
- Article 122-1 alinéa 2 : *« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».*

Comme vu précédemment cet alinéa 2 a été complété très récemment par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 avec une mise en application à partir du 1er octobre 2014. En effet, avant cette modification, l'aménagement de la durée de peine n'était pas précisée, et une dérive sécuritaire avait tendance à s'appliquer. L'altération du discernement n'était plus une circonstance atténuante pour une personne jugée [9].

c) Les soins psychiatriques proposés en détention

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale donne entre autre à l'hôpital public la mission d'assurer la continuité des soins au sein des établissements pénitentiaires, y compris les soins psychiatriques.

Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire s'organisent en plusieurs niveaux [10] :

- Le niveau 1 correspond aux soins psychiatriques ambulatoires, c'est à dire la possibilité pour tout détenu d'accéder à des consultations psychiatriques. Chaque établissement pénitentiaire

est rattaché à un établissement public de santé qui doit mettre en place ces consultations. Elles peuvent donc se faire dans le cadre d'un dispositif de soins psychiatriques ou d'un service médico-psychologique régional (SMPR).

- Le niveau 2 correspond à l'hospitalisation de jour en milieu pénitentiaire. Seul le SMPR dispose de cette offre de soins.
- Le niveau 3 correspond à l'hospitalisation à temps complet, et doit donc se faire dans un établissement hospitalier. Trois possibilités existent en France pour hospitaliser des détenus en psychiatrie : une hospitalisation en unité pour malades difficiles (UMD), une hospitalisation en SDRE (Soins à la Demande d'un Représentant de l'État) dans un hôpital psychiatrique général, rendue possible par l'article D. 398 du Code Pénal, ou enfin une hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), dont la première a été ouverte à Bron dans le Rhône en 2010. La tendance est à l'ouverture d'UHSA dans l'ensemble des régions afin que les hospitalisations en psychiatrie pour les détenus se fassent prioritairement dans ces structures.

d) *L'internement*

En cas d'abolition totale de discernement, et donc d'irresponsabilité pénale décrétée pour un auteur d'infraction, un non-lieu peut être prononcé par le juge d'instruction, ou un acquittement ou une relaxe par la juridiction pénale. Mais dans le cas où le sujet est estimé potentiellement dangereux, le préfet peut être saisi par l'autorité judiciaire. C'est alors le préfet qui peut décider du placement du sujet en hospitalisation psychiatrique sous contrainte selon la modalité du SDRE défini dans la loi du 27 septembre 2013 (ayant modifié la loi du 5 juillet 2011). La fin d'un placement en SDRE d'un patient dans ce cadre là se décide par le préfet suite à l'avis favorable de deux psychiatres extérieurs à l'établissement.

Après avoir exposé l'aspect historique sur l'émergence des SPO, abordons à présent le cadre législatif de ces trois différentes mesures de soin.

3. Les Soins Pénalement Ordonnés en France : cadre législatif

a) *L'obligation de soins (OS)*

L'OS est la mesure de SPO la plus fréquemment prononcée, et ce pour deux raisons principales [11]:

- Elle peut être prononcée par un juge sans expertise psychiatrique préalable.
- Elle peut être prononcée à tout moment au sein de la procédure pénale, c'est à dire en pré-sentenciel et en post-sentenciel.

En pré-sentenciel, l'OS peut être une des conditions d'un contrôle judiciaire, comme défini dans l'article 138 du Code Pénal : « *Se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication* ». L'OS dans ce cadre peut être prononcée par le collège de l'instruction ou par le juge des libertés et de la détention, « *si la personne mise en examen encourt une peine d'emprisonnement correctionnel ou une peine plus grave* ». L'article définit enfin les modalités d'accès aux informations judiciaires pour le médecin ou le psychologue traitant : « *une copie de l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire est adressée par le juge d'instruction au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne mise en examen. Les rapports des expertises réalisées pendant l'enquête ou l'instruction sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge d'instruction. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier* ». Dans ce cas, l'OS se poursuit jusqu'à l'audience, qui met fin au contrôle judiciaire.

En post-sentenciel, l'OS peut être prononcée dans le cadre d'un ajournement avec mise à l'épreuve, d'un emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve, d'un travail d'intérêt général, des mesures d'aménagement de peine ou encore d'une surveillance judiciaire. Dans ce cas, c'est l'article 132-45 du Code Pénal qui y fait allusion. La mesure d'OS peut être ordonnée soit par la juridiction de condamnation, soit par le juge d'application des peines (JAP). Les modalités d'accès au dossier judiciaire sont les mêmes qu'en pré-sentenciel. Dans ce cas, la durée de l'OS est fixée à l'avance, au moment où la mesure est prononcée.

L'autorité judiciaire qui a prononcé l'OS délègue le contrôle du suivi à un service spécialisé, le plus souvent le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). C'est la personne placée

sous main de justice (PPSMJ) qui choisit son médecin ou psychologue traitant. Le conseiller du SPIP peut cependant vérifier si le professionnel choisi présente selon lui les compétences adéquates pour prendre en charge le sujet. Le médecin traitant choisi doit donner son accord pour le suivi et a le choix d'accepter ou de refuser.

Les liens entre soins et justice sont minimes dans l'OS. En effet, la mesure d'OS est ordonnée par l'autorité judiciaire sans nécessiter l'avis d'un expert psychiatre. Ainsi l'indication, les objectifs ou les éventuels bénéfices attendus d'un soin psychiatrique ne sont pas évalués en amont de la mesure. De plus, contrairement aux autres types de soins pénalement ordonnés, il n'y a pas d'interface entre les soins et la justice durant le déroulement de l'OS. Le médecin traitant choisit les modalités du suivi, n'a pas à en référer à la justice et est soumis au secret médical strict. Il doit simplement fournir au patient des attestations de suivi et doit avertir le SPIP si les soins sont interrompus.

Un non respect de l'OS de la part de la PPSMJ peut entraîner une révocation de la mesure et le placement en détention provisoire en pré-sentenciel ou une (ré-)incarcération en post-sentenciel.

En post-sentenciel, le médecin traitant peut estimer que le suivi dans le cadre de l'OS n'est plus nécessaire ou justifié et peut ou doit être arrêté. Dans ce cas il peut en informer le JAP par écrit. Celui-ci peut alors, avec ou sans expertise préalable, interrompre la mesure d'OS avant le délai initialement prévu.

Enfin, il est à noter que depuis la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, « *lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques* » (art. 132-45 du CP), l'OS peut consister en une injonction thérapeutique selon les modalités que nous allons décrire dans le paragraphe suivant.

b) L'injonction thérapeutique (IT)

Comme vu précédemment, la notion d'IT est apparue dans la loi du 31 décembre 1970, et le nom « injonction thérapeutique » apparaît en 1984. Plusieurs circulaires sont ensuite parues successivement, modifiant le cadre légal de l'IT, mais la rendant aussi difficile de compréhension et d'application [6]. C'est la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 qui définit les modalités actuelles de l'IT.

L'injonction thérapeutique est une mesure qui est adressée aux toxicomanes particulièrement, mais aussi dans le cas d'infractions liées à l'abus d'alcool. Elle peut être prononcée à tous les stades de la procédure. C'est la seule modalité parmi les SPO qui peut être une alternative aux poursuites judiciaires (art. 41-1 du Code Pénal) notamment de composition pénale (art. 41-2 du Code Pénal) et donc entraîner l'extinction de l'action publique [12]. Tout comme l'OS, elle peut être une alternative au placement en détention provisoire et constituer une condition du contrôle judiciaire. Enfin, elle peut constituer une peine complémentaire suite au jugement, au même titre que l'OS et l'injonction de soins (IS), dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. Elle peut être ordonnée à un sujet majeur, mais aussi pour les délinquants mineurs de plus de 13 ans.

L'IT peut donc être prononcée par le Procureur de la République, par le juge d'instruction, par le juge des enfants, par le juge des libertés et de la détention ou par le juge d'application des peines.

Tout comme dans l'OS, l'expertise psychiatrique préalable n'est pas nécessaire pour ordonner une IT.

Les acteurs de l'IT sont au nombre de deux : le médecin traitant et le médecin relais [11].

- Le médecin traitant (souvent psychiatre ou psychologue) est choisi par le condamné mais doit cependant donner son accord pour le suivi. Il est soumis au secret médical et peut décider seul du contenu et des modalités des soins. Il doit par contre avertir le médecin relais en cas de non-respect de la mesure par son patient, c'est le médecin relais qui en avertit ensuite l'autorité judiciaire.
- Le médecin relais est un médecin qui joue le rôle d'interface entre la justice et le soin. Lorsqu'une IT est ordonnée par une autorité judiciaire, elle en informe l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est ensuite l'ARS qui fait procéder à l'examen médical du condamné par un médecin relais. Ce dernier doit alors donner son avis concernant l'indication de la mesure d'IT chez cette personne, et si cette mesure lui paraît indiquée, il doit l'orienter vers un médecin ou un centre de soins proposant une prise en charge adaptée. Il doit enfin assurer le suivi effectif de la mesure et recevoir le condamné en entretien à trois mois et à six mois du début de l'IT, puis tous les six mois, afin d'établir un rapport destiné à l'autorité judiciaire qui a ordonné la mesure.

Le médecin (ou psychiatre) traitant (qui peut d'ailleurs aussi être un psychologue traitant) doit se voir fournir par l'autorité judiciaire une copie de l'ordonnance de la mesure. Il peut de plus obtenir, s'il en fait la demande, les expertises ayant été réalisées, ou toute pièce du dossier judiciaire jugée utile.

La durée de l'IT est fixée à l'avance. Elle peut cependant être réduite si le condamné ne respecte pas le suivi, dans ce cas il s'expose à des poursuites et/ou sanctions, ou si l'autorité judiciaire décide de mettre fin à la mesure, elle doit alors en avertir le préfet et l'ARS qui informe ensuite le médecin relais.

Il est à noter que cette mesure de SPO est la moins prononcée par les autorités judiciaires et elle est donc très peu appliquée en France [6]. Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Le fait que les modalités de mise en œuvre ont beaucoup évolué en quelques années, elle est donc peu connue et moins proposée que les autres mesures de SPO.
- Le petit nombre de médecins relais sur le territoire français avec une absence totale de médecins relais dans certains départements, rend son application impossible à certains endroits. Pour pallier à cela, la loi n° 2011-1862 du 13 décembre 2011 permet que la fonction de médecin relais soit exercée par un psychologue ou par tout médecin jugé apte par l'ARS.

c) L'injonction de soins (IS)

Comme vu précédemment, l'IS est une mesure qui concerne le post-sentenciel dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire, d'un placement sous surveillance judiciaire, d'une mise en liberté conditionnelle, d'une surveillance de sûreté ou dans le cadre de la contrainte pénale [6].

L'IS est ordonnée par la juridiction de jugement après la consultation d'un expert psychiatre qui donne son avis sur l'intérêt d'une telle mesure de soins pour le sujet. L'IS ne peut être prononcée que si la personne donne son accord pour les soins. Mais le sujet est informé que s'il refuse les soins proposés ou s'il les interrompt, il encourt la peine de prison prévue initialement (c'est l'incitation aux soins) [13]. Le suivi de la mesure est ensuite confié au JAP.

En plus du JAP, il y a autour du condamné trois intervenants : le médecin coordonnateur (MC), le SPIP et le médecin ou psychologue traitant (MT) [11].

C'est le JAP qui désigne le SPIP. Un des conseillers du SPIP prend en charge le dossier du condamné et s'assure du suivi de l'exécution de la peine et du respect des obligations imposées. Le conseiller du SPIP convoque régulièrement le condamné en entretien. Les objectifs principaux de ce suivi par le SPIP sont la prévention de la récidive et la réinsertion sociale.

Le JAP désigne également le MC, à partir d'une liste départementale établie par le Procureur de la République. Le statut du MC a été créé avec la loi du 17 juin 1998. Il a pour rôle d'assurer l'articulation entre les soins et la justice. C'est à lui que le JAP fournit les pièces du dossier et la copie de la condamnation, qu'il transmet ensuite au médecin ou psychologue traitant. Le MC reste soumis au secret médical vis-à-vis du JAP, il ne lui transmet que les informations utiles au contrôle de la mesure.

Au début de la mesure, le MC reçoit le condamné, il lui explique les modalités du suivi et l'oriente vers le médecin ou psychologue traitant dont les compétences lui semblent les plus adaptées au vu de son évaluation du sujet (sachant que le condamné reste libre du choix du professionnel, tant que ce dernier donne son accord écrit au MC). Il reçoit ensuite le condamné au moins quatre fois par an en entretien. Il peut conseiller le médecin ou psychologue traitant si celui-ci le sollicite.

En fin de mesure d'IS, il informe le condamné de la possibilité de poursuivre les soins librement.

Enfin, le MT est choisi par le condamné, en suivant les conseils du MC ou non. Il doit renvoyer son accord au MC par écrit pour que le suivi puisse débuter. C'est lui qui décide du contenu et des modalités du soin.

Il est soumis au secret médical strict, y compris auprès du MC. Il peut cependant y déroger dans le cas d'un non respect du suivi par le patient, ou s'il est en difficulté et a besoin de conseils de la part du MC.

Il peut proposer au JAP de faire réaliser une nouvelle expertise au patient.

La durée de l'IS est décidée par le juge qui ordonne la mesure. Elle est théoriquement de dix ans maximum dans le cas d'un délit et de vingt ans maximum dans le cas d'un crime. Dans le cas d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle, la durée de l'IS peut aller jusqu'à trente ans, et

elle n'a pas de durée maximale déterminée si elle est prononcée dans les suites d'un crime pour lequel l'auteur a été condamné à la réclusion criminelle à perpétuité.

4. Évaluation et critiques

Ces mesures pénales existant maintenant depuis de nombreuses années, il est possible aujourd'hui d'avoir suffisamment de recul pour les évaluer. Deux axes d'évaluation principaux se dégagent : la question de l'efficacité de ces mesures d'une part évaluée notamment à travers plusieurs rapports parlementaires, et les questionnements éthiques que soulèvent la mise en pratique de ces mesures.

a) Évaluation des SPO

Comme nous allons le constater, la plupart des rapports parlementaires édités concernent la mesure d'IS, et très peu les autres mesures de SPO. Nous allons rapporter les éléments principaux pointés par ces différents rapports.

Rapport d'information n°1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice :

Ce rapport résulte d'un travail présidé par M. Jean-Luc WARSMANN, député, et a été présenté devant l'Assemblée Nationale le 8 juillet 2009 par M. Etienne BLANC, député [14].

La première partie de ce rapport concerne le suivi psychiatrique des détenus. N'étant pas notre propos ici nous ne relaterons pas les conclusions de cette partie. Nous relèverons juste un chapitre consacré à la sortie de prison où il est mis en avant la nécessité d'assurer la continuité des soins pour les détenus de manière plus systématique. Ceci devrait passer par une meilleure communication entre l'administration pénitentiaire et les services de soins pour pouvoir anticiper la sortie et le suivi ambulatoire, ainsi qu'une meilleure communication entre le service de soins et le SPIP pour favoriser l'insertion du patient et les soins au plus près du lieu prévu de résidence à la sortie. Le développement de services de consultations post-pénales en attendant un relais en ambulatoire est également prôné, comme il en existe déjà dans certaines régions.

La deuxième partie du rapport est intitulée « Redynamiser le suivi socio-judiciaire pour une prévention plus efficace de la récidive ». Les constats et recommandations dans cette partie sont les suivants :

- Les auteurs constatent une augmentation de l'ordonnance de suivis sociojudiciaires (SSJ) depuis les années 2000, elle est plus prononcée pour des crimes et pour des personnes majeures.
- Le SSJ est plus fréquemment ordonné pour les crimes de nature sexuelle, et notamment sur mineur de 15 ans.
- Des difficultés importantes pour l'application du SSJ sont répertoriées :
 - Le manque de MC (en 2009, dix-sept départements en étaient dépourvus). Pour y pallier, les recommandations sont les suivantes : augmenter le numerus clausus du nombre de condamnés que le MC peut suivre, permettre que le MC puisse avoir été un des experts du condamné, revaloriser le salaire des MC, favoriser leur formation et leurs conditions de travail.
 - La pénurie de psychiatres pour prendre en charge les PPSMJ du fait de l'augmentation du nombre d'IS, et du manque de formation des professionnels pour cette prise en charge spécifique.
 - Le risque de saturation du SSJ, avec le risque que les prises en charge thérapeutiques soient de moins bonne qualité et se révèlent inefficaces. Il est proposé de réserver le SSJ avec injonction de soins aux infractions les plus graves et de préférer l'OS pour les autres.
- Nécessité de simplifier et clarifier le SSJ, et notamment fixer plus clairement l'articulation entre les différents acteurs de ce suivi, avec une place particulière au rôle du MC.
- Nécessité d'améliorer la distinction entre les indications d'une OS et d'une IS, les rendre plus claires et mieux former les acteurs de la justice aux SPO.
- Le fait que la peine d'IS ne débute qu'à la fin de la mesure de privation de liberté apparaît comme un paradoxe. Les rapporteurs proposent de la mettre en œuvre dès l'entrée en milieu carcéral.
- Proposition d'assouplir la mesure d'IS, et notamment la fin avec une simplification de l'arrêt de l'IS.

Enfin la troisième partie est intitulée « Renforcer la prise en charge et la prévention des infractions liées à l'alcool ». Pour ce qui concerne les SPO, il en ressort les conclusions suivantes :

- L'alcool et le passage à l'acte sont liés, on retrouve chez les personnes détenues et les PPSMJ une prévalence plus importante de dépendance à l'alcool qu'en population générale.
- Les propositions de soins en alternance aux poursuites sont en augmentation, mais encore faibles pour les infractions sous l'emprise d'alcool, et notamment dans les cas de conduite en état d'ivresse. Elles pourraient se développer davantage.
- Depuis la loi du 5 mars 2007, l'état d'ivresse est devenu une circonstance aggravante dans les condamnations.
- Les données statistiques et le recul par rapport à la loi de 2007 étaient insuffisants en 2008 pour évaluer l'application des SPO en post-sentenciel pour les auteurs d'infraction présentant une dépendance à l'alcool. Il était proposé de mettre en place des outils statistiques performants pour un meilleur recueil de ces données.
- L'injonction thérapeutique reste très peu appliquée, malgré l'élargissement aux personnes dépendantes à l'alcool. Les raisons sont : la faible démographie médicale concernant les médecins addictologues, la quasi-absence de médecins relais. Cette mesure avec la mise en place du médecin relais est cependant plutôt jugée bonne par les rapporteurs qui regrettent l'absence de recours possible à celle-ci pour les autorités judiciaires. Il faudrait selon eux favoriser le recrutement de médecins relais, et faciliter le recours à l'IT par la justice à tous les stades de la procédure (comme l'OS).
- L'isolement et la non-continuité des soins à la sortie de prison est un des facteurs de rechute à la sortie de détention. Il est proposé d'améliorer les liens entre services de soins intra- et extra-hospitaliers pour favoriser la continuité des soins, ainsi que favoriser le développement de structures d'accueil temporaire pour les personnes précaires et dépendantes à l'alcool afin de favoriser leur réinsertion sociale et favoriser le développement de centres de consultations pouvant recevoir ces sujets dans des délais courts (comme le sont les CSAPA, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).
- Il est proposé pour les primo-délinquants routiers avec une problématique addictive à l'alcool de favoriser les ajournements de peine et orienter les sujets vers des soins ou des programmes de sensibilisation.
- Concernant l'ivresse publique manifeste, elle est passible d'une amende et n'apparaît pas sur le casier judiciaire. Il est proposé une exemption de l'amende si le sujet justifie dans un bref délai d'une prise en charge sanitaire adaptée pour son addiction.
- Pour les auteurs de violences sous alcool, il est préconisé de favoriser leur orientation vers les CSAPA en pré- et post-sentenciel.

- Pour que les personnes ayant commis une infraction et présentant une addiction à l'alcool soient reconnues comme telles, il est proposé d'améliorer la formation des magistrats et des travailleurs sociaux (SPIP notamment), afin que les mesures de SPO soient prononcées à bon escient.
- Enfin, il faudrait améliorer les relations entre les acteurs sociaux-judiciaires et soignants (personnes référentes dans chaque institution, rencontres régulières pluri-professionnelles...)

Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins de l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires de février 2011 :

Ce rapport a été dirigé par Brigitte JOSEPH-JEANNENEY et Docteur Gilles LECOQ, membres de l'IGAS et Patrick BEAU et Philippe GALLIER, membres de l'IGSJ. Ce rapport évalue la mise en place du dispositif, notamment sur le plan statistique. Soixante-et-une recommandations sont ensuite proposées dans ce rapport [7].

Concernant l'évaluation statistique, il apparaît tout d'abord que les outils permettant de comptabiliser les peines d'IS prononcées sont insuffisants, et il semble donc essentiel d'améliorer les outils de recueil et de suivi des personnes condamnées à des IS.

Les rapporteurs évaluent cependant à presque quatre-milles le nombre de condamnés à une IS en 2011. Ils estiment que ce chiffre est en constante augmentation et que le nombre d'IS devrait encore augmenter de manière importante dans les prochaines années. Face à ce chiffre en constante augmentation, il est noté une disparité des prises en charge en fonction des départements, et ce notamment du fait de la pénurie de MC. En effet, seize départements étaient totalement dépourvus de MC en 2011. Cette tendance devrait s'empirer du fait de la baisse de la démographie médicale générale annoncée pour les prochaines années qui devrait aussi toucher la branche des MC. Parmi les injonctions de soins prononcées, 90% le sont pour des auteurs de violences sexuelles.

Nous allons ici reprendre les points principaux des soixante-et-une recommandations du rapport (Annexe 1) :

- Améliorer les relevés et le suivi statistique de cette mesure pour une meilleure évaluation du dispositif.

- Favoriser la recherche pour mieux connaître les facteurs favorisant la violence sexuelle, sur le plan social et de la personnalité.
- Favoriser le recrutement de MC (plus de suivis possibles par médecin coordonnateur, autoriser le rôle d'expert et de MC auprès d'un même patient, faciliter la pratique du MC et l'accès à ce statut...).
- Améliorer la formation des professionnels de la justice et de la santé dans la prise en charge de PPSMJ, avec mise à disposition d'outils adaptés. Favoriser par les médecins traitants ou centres de soins spécialisés la prise en charge de personnes en IS en les soutenant dans ces prises en charge (guide, meilleure rémunération...).
- Améliorer l'accès à des prises en charge adaptées pour les condamnés, en cas de liste d'attente il conviendrait de favoriser les personnes présentant des troubles psychiatriques ou psychologiques.
- Favoriser les liens entre la Santé et la Justice, dans l'élaboration des expertises, dans la transmission des données du dossier judiciaire et dans la transmission des données concernant le suivi pendant l'IS, notamment via le rôle du MC.
- Améliorer l'accès aux soins à la sortie de prison et favoriser les liens entre les services de soins intra- et extra-pénitenciers pour améliorer la continuité des soins.
- Favoriser la recherche pour évaluer l'efficacité de la prise en charge par les soins des auteurs de violences sexuelles, notamment concernant la récidive.

Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, présenté à l'Assemblée Nationale le 29 février 2012 par M. Etienne BLANC, député

Ce rapport est issu d'une mission d'information dirigée par M. Jean-luc WARSMANN, député [15].

Ce rapport expose les mesures de suivi existantes pour les auteurs de violences sexuelles (AVS), à savoir le SSJ, la surveillance par bracelet électronique et la rétention et la surveillance de sûreté, puis en fait l'évaluation et la critique. Il en ressort trente-trois recommandations (Annexe 2).

Dans ce rapport, les députés font le constat que les AVS sont très peu souvent atteints de pathologie psychiatrique, et donc souvent pénalement responsables. Pour autant, ils présentent souvent des troubles de la personnalité et sont orientés vers le soin. Un autre constat est le fait que

le nombre de violences sexuelles déclarées a augmenté de manière exponentielle depuis les années 1980. Il stagne, voire est en légère diminution depuis 2005. Cette nette augmentation serait due à une meilleure reconnaissance des violences sexuelles par la société et la justice. Le nombre de plaintes resterait cependant encore bien en dessous du nombre réel de victimes de ces violences. Après un effort fait pour classer les différents types d'agressions sexuelles, le rapport évoque la récurrence et fait le constat que le taux de récurrence est plutôt faible comparé à d'autres infractions (trois fois inférieur aux autres délits), et certains facteurs évoquent un risque de récurrence très faible : l'âge supérieur à cinquante ans d'un condamné, la période sans récurrence (plus elle est longue, moins il y a de risque de récurrence). Ce sont les agresseurs sexuels pédophiles homosexuels qui ont le plus fort taux de récurrence parmi les AVS.

Les principales recommandations concernant notamment les SPO sont les suivantes :

- L'IS est jugée être une bonne mesure pénale, le MC une réelle avancée dans la prise en charge des AVS en ambulatoire, mais la législation reste complexe autour de cette mesure. Les liens entre les différents acteurs sont de mise en place difficile, surtout au début de la mesure. De plus, la pénurie de MC ne permet pas toujours de pouvoir ordonner cette mesure de soins pourtant adaptée aux condamnés. Il semble donc nécessaire de simplifier la procédure pénale et de favoriser le recrutement de MC sur le territoire national.
- Il semble nécessaire de préciser les indications concernant l'IS et l'OS afin de bien différencier les deux mesures et d'orienter le mieux possible les AVS pour une prise en charge sanitaire adaptée.
- La systématisation de l'IS dans le cadre du SSJ questionne car certains sujets AVS ne présentent ni trouble psychiatrique, ni trouble de la personnalité et viennent, a priori, encombrer un dispositif de soins déjà saturé. Mais la pression de la société est telle que les JAP et les experts psychiatres se prononcent rarement pour un arrêt de la mesure avant son terme comme la loi le permet pourtant. Il est proposé de « rendre au juge son intelligence » et de limiter le recours obligatoire à l'expertise psychiatrique pour toute décision de soins.

Nous pouvons constater que depuis 2009, différents rapports ont été produits afin d'évaluer les mesures de SPO. Tous ces rapports vont dans le même sens, et nous retrouvons souvent des recommandations ou propositions similaires. Cependant malgré ces différents rapports édités depuis plusieurs années, la législation n'a quasiment pas évolué concernant les SPO. Et ce même si les rapporteurs insistent sur la nécessité d'une réflexion et d'une évolution rapide de cette législation.

La seule évolution notable est la parution de la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. L'objectif principal de cette loi est la prévention de la récidive. Les avancées sont tout d'abord la possibilité pour les magistrats d'ordonner une peine qui sera la plus adaptée possible à l'individu et non plus selon des automatismes juridiques, en fonction de l'analyse faite de ses antécédents judiciaires et de son contexte de vie. Ensuite, une certaine souplesse est apportée au suivi de la peine et à son adaptation possible en cours de peine afin de s'adapter au mieux à la situation pour que la peine soit la plus efficace possible (en terme de récidive). Donc le JAP peut arrêter ou modifier facilement les différentes obligations prononcées pour un condamné donné. Enfin, pour les auteurs d'infraction dont la peine maximale est inférieure à cinq ans d'emprisonnement, une nouvelle peine en milieu ouvert a été créée : la « contrainte pénale ». Le recours de l'IS est possible dans le cadre de cette nouvelle mesure. Ce sont notamment les obligations prononcées au sein de cette contrainte pénale qui peuvent être modulées et adaptées tout au long de la peine par le JAP.

b) Questions éthiques

Outre les évaluations et les critiques faites par les parlementaires sur les SPO, les médecins et psychiatres ont eux aussi commenté grandement ces ordonnances de soins. Parmi les différentes critiques qui leur sont apportées, deux ressortent principalement : la question du consentement du patient et la question du secret médical.

L'absence de consentement libre du patient, tout d'abord, est un des arguments d'opposition aux SPO souvent retrouvé dans la littérature médicale. En effet, il n'est pas normalement permis, d'après l'article L. 111-4 du Code de Santé Publique, d'imposer des soins à une personne sans son consentement libre et éclairé [12]. Le consentement du sujet est soi-disant recherché et son accord souhaité pour pouvoir lui ordonner une mesure de SPO, cependant de nombreuses incitations aux soins font que ce dernier n'a en réalité pas vraiment la possibilité de choisir. En effet, l'acceptation de soins en détention ou à la sortie dans le cadre des SPO sont souvent des conditions nécessaires pour que le condamné puisse bénéficier de remises de peine ou d'un aménagement de sa peine. De cette question du consentement découle une autre question peut-être encore plus complexe qui est celle de la demande de soins du patient. Il se révèle en effet plus difficile de proposer des soins psychiques quand la personne n'a pas de demande. C'est ce que signalent notamment J-L. Senon et C. Manzanera dans un dossier paru en 2007 [16]. Ils expliquent que les soins psychiatriques apparaissent souvent au condamné comme une sanction et non comme une possibilité de soins et

d'évolution. Il apparaît alors que, bien que ces SPO permettent d'établir un contact entre le soin et des condamnés ayant potentiellement besoin d'une telle prise en charge, la première partie du travail consiste en général à écarter la notion de sanction et de contrainte afin de tenter de faire émerger une réelle demande de soins. Cette étape n'est pas toujours un succès. L'idée d'offrir des soins à des personnes en l'absence de demande de leur part alors que la demande de soins est un élément essentiel de la relation thérapeutique est donc une des critiques les plus mentionnées dans la littérature et la pratique quotidienne concernant les SPO. C'est un point important qui nécessite d'être approfondi, ce que nous ferons dans une autre partie de ce travail.

La question du secret médical est également posée, puisque les médecins doivent rendre des comptes à la justice qui ordonne les soins. Beaucoup de médecins se retranchent derrière ce secret médical pour critiquer ces mesures, et mettre en avant un droit fondamental du patient bafoué par la législation des SPO. La création des statuts de médecins relais et médecins coordonnateurs ont permis en partie de répondre à ces inquiétudes et de permettre une meilleure garantie de l'indépendance des médecins traitants.

Une autre critique avait été apportée également par les soignants aux acteurs de la justice, celle de s'immiscer dans leur domaine de connaissance, en se donnant la possibilité d'ordonner des soins à des personnes sans l'avis d'expert psychiatre (pour l'OS et l'IT). Ils s'attribuent donc la possibilité d'établir quelles sont les indications aux soins psychiatriques sans avis médical.

5. Discussion sur la législation des SPO

Il existe en France trois types de soins pénalement ordonnés. Si l'on reprend leur historique, nous pouvons comprendre qu'ils puisent leur origine dans un mouvement humaniste d'après-guerre, mais leur évolution s'inscrit dans une alternative entre d'une part des décisions tournées vers l'humain avec la recherche de solutions à la réinsertion et d'autre part des décisions prises dans le cadre de politiques intérieures sécuritaires amenant au renforcement des soins pénalement ordonnés et prenant l'allure d'annonces politiques rassurantes pour la population. Cela amène forcément à une confusion sur la place des soins dans le système judiciaire : sont-ils fait pour punir ou pour soigner ? Quel est leur objectif : le soin ou la prévention de la récidive ? C'est une question qui se pose à la fois pour les autorités judiciaires et pour les soignants, pouvant entraîner des conflits entre

ces deux instances. Nous pouvons imaginer que le flou qui existe sur ce point parmi les acteurs de la justice et du soin ne peut qu'entraîner un flou dans l'esprit des personnes condamnées à des SPO. Il s'agirait donc de clarifier ces aspects pour les professionnels, afin de rendre les soins plus clairs pour les soignés.

Comparons les trois modalités de SPO, en analysant leurs points communs mais également leurs différences fondamentales.

Une des différences essentielles est la nécessité ou non d'une expertise psychiatrique pour ordonner des SPO. Celle-ci est nécessaire pour l'IS, mais ne l'est pas pour l'IT et l'OS. Nous rappellerons ici que les questions principales posées à l'expert dans la demande d'expertise psychiatrique pénale portent 1) sur la présence ou non d'une pathologie psychiatrique identifiée, 2) sur le lien entre cette pathologie psychiatrique et les faits reprochés, 3) sur la dangerosité du sujet, 4) sur l'accessibilité du sujet à une sanction pénale et 5) sur l'accessibilité du sujet à des soins par un traitement curable ou une réadaptation. C'est cette dernière question qui concerne les SPO. Comme nous le savons, les IS sont essentiellement ordonnées pour les infractions les plus graves. L'avis du psychiatre concernant l'intérêt de SPO doit-il être pris uniquement pour les infractions les plus graves ou les sujets jugés les plus dangereux ? Est-il plus facile pour une personne non formée à la psychiatrie de juger de l'intérêt de soins pour des personnes ayant commis des infractions moins importantes (dans l'IS ou l'OS) ? Dans tous les rapports proposés, il est noté par les parlementaires que la formation des acteurs de la justice sur les soins existants est insuffisante, et nous pouvons donc imaginer que dans ce cas les objectifs de la personne qui ordonne des soins sont bien différents de ceux du soignant qui suivra le sujet. Il semblerait donc qu'en théorie, un avis psychiatrique puisse avoir un intérêt pour toutes les demandes de soins. Dans la pratique, comme le soulignent également les différents rapports, les experts psychiatres tendent à manquer, et il n'est pas possible de demander une expertise pour tous les SPO. L'évolution des lois a tenté de corriger cette donnée pour l'OS et l'IT puisque dans l'OS, le médecin traitant peut suggérer un arrêt de l'OS avant la fin de la mesure, et dans l'IT, un des rôles du médecin relais (dont l'existence a été instaurée en 2007) est de donner son avis sur l'intérêt de la mesure avant que celle-ci ne démarre. Nous pouvons cependant estimer que ces deux dernières possibilités ne sont pas équivalentes à la réflexion rendue possible en amont des soins par une expertise psychiatrique telle qu'elle existe dans l'IS.

Une autre différence majeure entre les trois types de SPO est l'existence ou non d'une interface entre les soins et le système judiciaire. Elle existe dans l'IS depuis son origine par la présence d'un médecin coordonnateur, et dans l'IT depuis l'instauration du médecin relais. Un des rôles de ces médecins est de vérifier par l'intermédiaire d'entretiens réguliers avec la PPSMJ si les soins proposés semblent adaptés à la problématique du sujet, ce qui peut permettre un réajustement de ceux-ci durant la mesure. Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) au sein des SPIP qui suivent les PPSMJ au cours des OS ont uniquement la possibilité de vérifier la présence aux consultations médicales via les attestations de suivi, mais ne peuvent pas évaluer la perspicacité des soins proposés. Il semble donc sur le plan théorique que la présence d'une interface soins-justice soit importante pour que les soins proposés au condamné lui soient les plus profitables possibles. C'est d'ailleurs ce qui est rapporté par les évaluations parlementaires de ces mesures. Cependant, les moyens mis en œuvre pour couvrir le territoire en médecins relais et médecins coordonnateurs sont insuffisants pour favoriser le développement de ce dispositif jugé bon.

Concernant les textes de loi en tant que tels, les différents rapports parlementaires s'accordent à dire que les SPO sont globalement de bonnes mesures, mais elles sont trop complexes pour être appliquées. Il serait souhaitable d'apporter des solutions pour favoriser leur mise en œuvre. Nous pouvons, au vu des éléments discutés ci-dessus, se questionner notamment sur la nécessité de conserver trois types de mesures très différentes et pas toujours jugées très bonnes sur le plan législatif. Concernant l'évaluation de l'efficacité de ces mesures, et notamment sur la récidive, là encore les rapports parlementaires se rejoignent pour dire qu'elle est très difficile. Il semble notamment compliqué de pouvoir mettre en place au niveau national des outils épidémiologiques permettant de recueillir l'ensemble des mesures ordonnées, et de pouvoir ensuite les suivre dans le temps pour les évaluer.

Pour terminer cette partie de législation, décrivons les spécificités de chacune des mesures de SPO.

Concernant l'OS, de nombreuses lacunes sont mises en évidence dans ses modalités, tant dans sa mise en place du fait de l'absence d'expertise psychiatrique évaluant son intérêt, que dans sa mise en pratique du fait de l'absence d'interface soins-justice permettant l'évaluation des soins au cours de la mesure. Nous pouvons donc se questionner sur l'intérêt d'une telle mesure, sachant

qu'aucune évaluation de son efficacité ne semble pouvoir être mise en place de manière objective et satisfaisante à l'échelle nationale. C'est pourtant paradoxalement la mesure de SPO qui est la plus ordonnée par la Justice, et sa simplicité d'ordonnance peut questionner sur la tentation de la proposer de manière quelque peu systématique. Or nous connaissons dans la pratique le manque de plus en plus important de psychiatres sur le territoire français et l'encombrement des lieux de soins. Nous pouvons donc questionner l'existence et la pertinence de cette mesure aujourd'hui. En l'absence d'études satisfaisantes pour répondre à cette question, nous pourrions nous appuyer sur la pratique clinique, ce que nous ferons dans une prochaine partie de ce travail.

L'IT est spécifiquement destinée aux personnes toxicomanes ou alcooliques. Nous répondrons plus tard dans ce travail sur la pertinence ou non de cibler cette population dans les soins pénalement ordonnés. Nous pouvons par contre, sur le plan législatif, remarquer que des efforts ont été faits pour rapprocher cette mesure de l'IS sur le plan de ses modalités, avec la création de la fonction du médecin relais. Elle n'est par contre pas soumise à l'expertise médicale pour son ordonnance. Sa méconnaissance et le manque de médecins relais font qu'elle n'est que peu ordonnée. Son principal intérêt semble cependant être la possibilité de l'ordonner comme alternative à la peine.

Enfin, concernant l'IS, nous avons pu faire le constat qu'elle présente essentiellement des points positifs qui semblent souhaitables dans une ordonnance de soins, à savoir la présence d'une expertise psychiatrique préalable et d'une interface entre la justice et les soins tout au long de la mesure. De ce fait, elle est la seule à avoir été réellement évaluée par les parlementaires et de manière approfondie. Elle apparaît être une bonne mesure, qui semble devoir être renforcée sur le plan des moyens pour sa mise en place, avec une attention particulière à apporter à la formation des professionnels concernés.

Nous pouvons donc, en conclusion de cette discussion, proposer l'idée que l'IS paraît être la mesure de SPO la plus aboutie sur le plan législatif et la plus performante concernant ses modalités d'application. La nécessité de conserver les deux autres mesures de SPO en l'état peut se poser au vu de cette analyse. En effet, si la présence de soins en complément d'une peine judiciaire est effectivement appropriée (ce que nous interrogerons dans la suite de ce travail), pourquoi ne pas les ordonner selon le modèle législatif qui paraît être le plus profitable aux individus, à savoir en

France celui de l'IS ? Cela nécessiterait bien sûr de requestionner entièrement les indications et les objectifs des SPO et la manière de les mettre en œuvre.

Cette dernière remarque nous amène à constater qu'en France l'IS est jugée comme une mesure de SPO satisfaisante, mais nous amène également à nous interroger sur ce qui pourrait être éventuellement amélioré dans sa législation. Pour répondre à cette interrogation, nous avons questionné la manière dont les pays européens voisins envisagent le soin psychiatrique au sein de leur système judiciaire et avons analysé les modèles législatifs concernant les SPO dans sept de ces pays.

II. Les Soins Pénalement Ordonnés en Europe : l'exemple de sept pays européens

En voulant aborder la législation des SPO dans les autres pays européens, il nous a rapidement fallu nous rendre à l'évidence, la place du soin psychiatrique dans le parcours pénal est loin d'être homogène en Europe. En effet, chaque pays a sa propre organisation des soins en psychiatrie, sa propre définition de la psychiatrie légale, et le soin ordonné pénalement a alors une place et une application totalement différente d'un pays à l'autre. Il nous a donc fallu élargir notre propos dans cette partie et aborder la psychiatrie légale en général dans les sept pays sélectionnés. Nous avons tenté de les réunir en fonction des modèles de psychiatrie légale appliqués afin de faire une synthèse de cette question et de pouvoir en tirer des éléments exploitables pour notre sujet.

1. La Défense Sociale, un autre modèle de psychiatrie légale

a) Qu'est-ce que la Défense Sociale ?

La Défense Sociale (DS) est née d'un mouvement appelé « Mouvement Social » en Europe à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle. Ce mouvement est lié en partie à l'industrialisation qui entraîne une réorganisation du travail qui doit être ordonné et sécurisé. Découle de ce mouvement l'idée que le délinquant est un fauteur de troubles qui vient perturber l'ordre public ou social [17]. C'est de cette idée que va naître la Défense Sociale, dans plusieurs pays comme la Belgique, l'Allemagne ou l'Italie. En Belgique, elle s'inspire en grande partie des idées d'Adolphe Prins, auteur notamment d'un livre intitulé « Criminalité et Répression » en 1886 [18], dans lequel il juge que la défense de la société n'est pas suffisamment prise en compte par la justice. Il va consacrer une partie de son livre aux malades mentaux dangereux et estime que lorsqu'une sortie d'asile est envisagée, seule la dangerosité psychiatrique des malades mentaux est prise en compte, et non la dangerosité criminologique. Alors que pour lui, le « *droit de défense de la société, [doit rester] intact, il est proportionnel au danger occasionné et ne dépend pas du degré de responsabilité reconnu chez le coupable* » [18].

Les idées d'Adolphe Prins sont reprises par le mouvement social et obtiennent un soutien de plus en plus important dans la société belge. Ceci conduit à partir de 1920 à la mise en route d'un

travail de réflexion sur la prise en charge et le devenir des malades mentaux auteurs d'infractions. Il aboutira en Belgique à la Loi de Défense Sociale de 1930 [19].

Pour développer un peu plus ce qu'est la Défense Sociale dans la pratique, nous prendrons dans un premier temps l'exemple de la Belgique, lieu de naissance de ce courant de pensée, avant de voir dans un second temps le développement de la Défense Sociale dans deux autres pays d'Europe, l'Allemagne et l'Italie.

b) La Défense Sociale en Belgique

i. La loi de Défense Sociale de 1930

La première Loi de Défense Sociale votée en Belgique le 9 avril 1930 est intitulée dans sa globalité « *Loi de Défense Sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude* » [19]. Ses deux objectifs principaux sont : protéger la société des malades mentaux dangereux et leur prodiguer des soins. L'article premier détermine les personnes visées par cette loi : tout auteur d'infraction dément ou se trouvant « *dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actes* ». Elle définit le parcours des malades mentaux en justice. Nous allons reprendre ce parcours dans ses grandes lignes :

- Au moment du procès : le juge peut demander une expertise psychiatrique, ou placer l'auteur des faits dans une annexe psychiatrique d'une prison, qui correspond à une partie de la prison dédiée à l'observation des personnes afin d'établir la présence d'une éventuelle pathologie mentale.
- Le jugement : la juridiction peut ordonner, si cela s'avère nécessaire, l'internement dans un établissement spécialisé, via une commission appelée Commission Administrative Psychiatrique. Elle décide du lieu de l'internement. Deux possibilités s'offrent à elle : soit le placement en service spécialisé au sein d'un hôpital psychiatrique, soit le placement dans un Établissement de Défense Sociale (EDS), qui correspond à un centre spécialisé pour l'accueil des malades mentaux condamnés, alliant sécurité et soins.
- La commission décide également de la durée maximale de l'internement qui peut aller de cinq à quinze ans en fonction de la gravité de l'infraction. La fin de l'internement doit être

prononcée lorsque l'interné ne constitue plus un danger pour la société. Cette libération passe la plupart du temps par une sortie d'essai au préalable.

ii. Évolutions de la Loi de Défense Sociale de 1930 à nos jours

Cinq ans après le vote de cette première Loi de Défense Sociale, une commission est mise en place pour l'évaluer et proposer un projet de réforme. Un grand nombre de propositions ressortent de cette commission, avec notamment l'idée de distinguer le traitement proposé aux déments de celui proposé aux anormaux. Mais la seconde guerre mondiale vient mettre au second plan ces questions. Les débats ne reprendront qu'après la guerre et une fracture naît alors entre les partisans d'une réforme en profondeur de la loi, et ceux estimant que la loi de base est bonne et qu'il faut juste en modifier quelques détails. Finalement une nouvelle commission est nommée en 1961, qui propose un nouveau projet de loi. Une nouvelle Loi de Défense Sociale est adoptée le 1^{er} juillet 1964.

Les évolutions apportées par la loi de Défense Sociale de 1964 sont assez minimales :

- La loi maintient finalement l'assimilation entre aliénés et anormaux. Elle maintient aussi une autre mesure très critiquée : le fait que ce soit le psychiatre expert qui se prononce sur la responsabilité de l'individu.
- La question de la durée de l'internement est modifiée, la commission (nouvellement appelée « Commission de Défense Sociale » par cette loi) ne se prononce plus sur la durée maximale, celle-ci est donc indéterminée au moment de l'ordonnance de la peine.
- Les lieux possibles d'internement sont élargis, l'internement pouvant à présent s'effectuer dans des établissements psychiatriques privés (mais de manière exceptionnelle cependant).
- Une mesure de « semi-liberté » est instaurée, permettant une alternative entre l'internement complet et la sortie d'essai.
- Enfin, concernant la libération de l'interné, elle devient plus sécurisée, puisqu'il faut s'être assuré que le sujet ne présente plus un « danger social sérieux » et qu'il n'y a plus de risque de récidive. Le droit pour l'interné de demander une mise en liberté est possible tous les six mois, soit de son initiative, soit de celle de son avocat, puisque cette nouvelle loi impose que l'interné soit représenté par un avocat.

La mise en application de cette Loi de Défense Sociale se révèle complexe. Des difficultés sont révélées dans la pratique à tous les niveaux.

Concernant l'expertise psychiatrique, comme nous l'avons vu plus haut elle n'est pas systématique, et le recours aux unités d'observation psychiatrique dans les prisons n'est pas rare. L'expertise est cependant demandée de manière systématique pour les auteurs de violence sexuelle. De plus, comme le note T.H. Pham et al, dans un article de 2007 [20], lorsqu'ils ont recours à l'expertise psychiatrique, les juges suivent de manière majoritaire l'avis des experts. La tâche de ces derniers est cependant rendue complexe par des questions auxquelles ils doivent souvent répondre de manière dichotomique.

L'observation psychiatrique en prison se fait dans des annexes des établissements pénitenciers. La durée devait être initialement courte, le temps de déterminer la présence ou non d'une pathologie psychiatrique pour aider à la décision de placement en EDS. Cependant, ces annexes sont devenues des lieux d'internement provisoire, puis de longue durée du fait du manque de place dans les lieux d'internement spécialisés. Concernant le soin dans ces annexes psychiatriques, Yves Cartuyvels et al., dans un article paru dans *Déviance et Société* en 2010 [21], déplorent le manque de moyens criant de soins psychiques. Les psychiatres sont peu présents et ne disposent pas d'une place de responsable d'équipe mais plutôt de consultant. Le contexte n'est pas non plus propice au soin : ces annexes se situent au sein de la prison, sont gérées par l'administration pénitentiaire, et la préoccupation principale du personnel reste la gestion de l'ordre et de la crise, avec un recours rapide à la médication. De plus les ateliers proposés semblent plus être de l'ordre de l'occupationnel que de réelles activités thérapeutiques.

L'internement au sein des établissements spécialisés s'effectue de manière préférentielle en Établissements de Défense Sociale (EDS), mais peut également s'effectuer au sein d'établissements psychiatriques. Il est à noter que la situation est très différente entre la partie Sud francophone de la Belgique et la partie Nord néerlandophone. En effet, des EDS ont vu le jour rapidement en Belgique francophone, il en existe trois : deux pour hommes et un pour femmes. Le recours à des services psychiatriques spécialisés au sein d'hôpitaux psychiatriques reste l'exception. C'est l'inverse en Belgique flamande où la décision avait été de favoriser l'internement en services psychiatriques spécialisés. Et jusqu'à très récemment il n'y avait pas d'EDS dans cette partie de la Belgique. Le premier EDS y a été inauguré à Gand en novembre 2014, et un autre vient d'ouvrir à Anvers en 2016. Ces EDS ne sont pas tous sous la tutelle du même ministère. Ceux dépendant du ministère de la Justice ont tendance à privilégier la prise en charge sécuritaire avec une majorité de personnel pénitentiaire, alors que dans les EDS sous la tutelle de la Santé, la prise en charge favorise les soins

psychiatriques. La liste d'attente pour accéder à ces EDS s'est allongée au fil du temps du fait d'une tendance à l'allongement des séjours dans ces établissements, avec peu de libérations à l'essai et encore moins de libérations définitives du fait d'une tolérance de plus en plus faible au risque de récidive [19].

Concernant la population des internés, elle est de plusieurs types. Ce sont tous des sujets ayant commis des crimes et délits graves et donc étiquetés « dangereux ». Une partie est atteinte de lourdes pathologies mentales, mais aussi beaucoup de sujets présentent des troubles graves de la personnalité, de type antisocial notamment. On retrouve également dans ces EDS des malades mentaux dont la décompensation psychiatrique s'est révélée par un acte délictuel. Cette dernière population, une fois incluse dans le parcours de psychiatrie légale aura du mal à rejoindre un parcours de soins psychiatriques classique, et souvent une nouvelle décompensation en sortie d'essai entraînera un nouveau passage en annexe psychiatrique de prison, même si aucun acte délictueux n'est associé à cette décompensation.

Enfin, concernant le soin, une grande place est donnée à la stabilisation de l'état psychique du patient, souvent par l'intermédiaire d'un traitement médicamenteux, mais peu de moyens sont proposés pour la réhabilitation psychosociale du patient. Faute d'un étayage suffisant, ces patients précaires ne peuvent pas tenir à l'extérieur et sont réintégrés en EDS, créant un phénomène de chronicité.

Suite à ces constats, la loi est de nouveau remise en cause dans les années 1990. Des articles sont d'abord ajoutés concernant les auteurs de violences sexuelles sur mineurs : il est notamment inscrit qu'un interné ayant commis ce type de faits ne pourra sortir qu'après avis d'un service spécialisé.

Finalement, une commission est de nouveau nommée dans la fin des années 1990 pour réfléchir à une réforme de la loi de 1964. Cette commission rend son rapport en 1999, mais le gouvernement ne se penche pas tout de suite sur la question. En effet, il faudra attendre un fait divers en 2006 (enlèvement, séquestration et viol de deux fillettes à Liège par un ancien interné) pour que l'opinion se saisisse de cette question et que le pouvoir législatif reprenne les conclusions du rapport de 1999 pour ériger une nouvelle loi. Celle-ci est votée le 21 avril 2007 et est dorénavant baptisée « *Loi relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental* ». La loi passe de

quarante-et-un à cent-cinquante-sept articles. P. Mary et al., dans un article paru en 2012 dans la revue *Champ Pénal* [19], en résument les principales avancées :

- Les personnes visées par la loi sont dorénavant les personnes atteintes d'un « trouble mental », les déments ne sont donc plus concernés. Ce trouble « doit avoir aboli ou gravement altéré la capacité de discernement ou de contrôle des actes et ce, jusqu'au moment du jugement » (art. 5 et 8), il doit également exister une « possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits » (art. 5) et enfin ce trouble mental doit entraîner un risque de récidive (art. 5 et 8).
- Les Commissions de Défense Sociales sont remplacées par les Tribunaux d'Application des Peines pour ordonner l'internement et superviser sa mise en place. L'avis du psychiatre devient facultatif dans ces décisions.
- Les droits du sujet sont renforcés concernant la sortie, en effet, une demande ne peut être refusée à son auteur que si le tribunal d'application des peines sollicité peut faire état d'une contre-indication à celle-ci.

Par contre, un certain nombre de restrictions de liberté sont apportées, démontrant la position sécuritaire de cette nouvelle loi :

- L'observation en annexe psychiatrique s'ensuit d'un retour en milieu carcéral, le détenu ne peut regagner directement une structure de soins.
- L'internement immédiat pré-sententiel est possible.
- Le sujet doit passer par une mesure de placement préalable avant de pouvoir bénéficier d'aménagement de son internement (libération à l'essai...).
- Certains aménagements sont limités dans leur durée, c'est le cas des congés (équivalents de permissions) réduits à 7 jours par mois.
- En cas de rejet d'une demande de libération à l'essai par le Tribunal d'Application des Peines, le délai pour pouvoir faire une nouvelle demande peut être allongé jusqu'à un an. Cette libération à l'essai est fixée à minimum deux ans renouvelable, alors que la durée étaient fixée librement dans la loi de 1964.
- Enfin, concernant la libération définitive, l'article 72 stipule qu'elle ne peut être prononcée que si le trouble mental s'est « *suffisamment amélioré pour qu'il n'y ait pas raisonnablement lieu de craindre que l'interné soit dans un état de dangerosité* ». Il est à noter que cette dangerosité concerne à la fois la dangerosité criminelle et psychiatrique, et

que la notion de dangerosité est introduite dans cette loi sans avoir été préalablement clairement définie.

Cependant, la mise en application de cette loi s'est avérée plus complexe que prévu. Initialement annoncée pour janvier 2009, elle a été reportée en 2012 puis en 2014 pour finalement n'être jamais appliquée car jugée non satisfaisante. Au lieu de cela, et suite à plusieurs condamnations par la Cour Européenne des Droits de l'Homme concernant la situation des malades mentaux dans le système carcéral, une nouvelle loi nommée « Loi Anciaux » sur l'internement a été votée au Parlement Belge le 23 avril 2014. Son entrée en application a été fixée pour le début de l'année 2016. Les grandes lignes de la loi de 2007 sont conservées, mais plusieurs points ont été repensés et modifiés dont les plus importants sont les suivants:

- L'expertise psychiatrique redevient obligatoire au moment du procès pour établir l'existence d'une maladie mentale.
- Une instance a été créée au sein des Tribunaux d'Application des Peines pour la prise en charge juridique des malades mentaux : la Chambre de Protection Sociale.

Parmi les objectifs de la loi, sont énoncés celui d'adapter le parcours d'internement au sujet et donc d'assouplir les modalités de prise en charge de la peine, ainsi que celui d'assimiler un détenu interné à un interné normal et donc de prioriser la dimension du soin. À la fin de sa période de privation de liberté, les modalités d'internement deviennent les mêmes que n'importe quel malade mental.

iii. La mise à disposition du gouvernement

Il est à noter que la Loi de Défense Sociale de 1930 ne concerne pas uniquement les malades mentaux, mais également les « délinquants d'habitude ». Ce terme cible toute personne « *ayant commis depuis quinze ans au moins trois infractions qui ont entraîné chacune un emprisonnement correctionnel d'au moins six mois* » qui apparaît alors « *comme présentant une tendance persistante à la délinquance* » (art. 25). Cette partie de la loi s'applique aux récidivistes de crime sur crime, délit sur crime ou crime sur délit. Pour cette population, peut venir s'ajouter à leur peine une mise à disposition du gouvernement. Dans la première version de la Loi de Défense Sociale, cette mise à disposition se traduisait soit par des mesures particulières d'incarcération dans des établissements spécialisés, soit par un internement dans des services spécialisés suite à l'incarcération. Au sein de ces établissements de soins spécialisés, une distinction se faisait entre le traitement des « asociaux »

et des « anti-sociaux », la prise en charge des premiers se révélant plus souple que celle des anti-sociaux ayant très peu de liberté.

La loi évolue dans les années 1990 où il est offert au ministère la possibilité soit d'un internement, soit d'une libération sous condition pour les cas de mise à disposition du gouvernement. L'internement ne doit être prononcé que si la réintégration sociale du sujet paraît impossible dans son état actuel et/ou s'il représente un danger pour la société. Dans les années 2000, il est ajouté la possibilité d'une mise à disposition du gouvernement pour les auteurs d'infraction sexuelle, même s'il s'agit de leur première condamnation.

Dans la loi de 2007, cette mesure a également évolué. Tout d'abord l'intitulé a changé puisque maintenant les récidivistes sont mis à disposition du tribunal d'application des peines (et non à la disposition du gouvernement). L'article 34bis précise les caractéristiques de cette peine : *« La mise à la disposition du tribunal de l'application des peines est une peine complémentaire qui doit ou peut être prononcée dans les cas prévus par la loi aux fins de protection de la société à l'égard de personnes ayant commis certains faits graves portant atteinte à l'intégrité de personnes. Cette peine complémentaire prend cours à l'expiration de l'emprisonnement principal effectif ou de la réclusion »*.

La mise à disposition du tribunal de l'application des peines peut être obligatoire ou facultative en fonction du type de récidive : elle est obligatoire pour les récidivistes de crime sur crime, ou pour les personnes condamnées pour des crimes particulièrement odieux : *« infraction terroriste ayant entraîné la mort ; viol ou attentat à la pudeur qui a entraîné la mort ; acte de torture ayant entraîné la mort ; enlèvement de mineur ayant entraîné la mort »*. Dans ce cas la durée est fixée entre cinq et quinze ans. Les mises à disposition sont par contre facultatives pour *« les condamnations à l'égard de personnes qui, après avoir été condamnées à une peine d'au moins cinq ans d'emprisonnement pour des faits ayant causé intentionnellement de grandes souffrances ou des atteintes graves à l'intégrité physique ou à la santé physique ou mentale, sont à nouveau condamnées pour des faits similaires dans un délai de dix ans à compter du moment où la condamnation est passée en force de chose jugée »* et pour *« les condamnations pour les formes les plus graves de violence, à savoir : violations graves du droit humanitaire ; prise d'otages ; meurtre ; traitement inhumain ; traite des êtres humains ; meurtre pour faciliter le vol ou l'extorsion ; incendie volontaire ; meurtre pour faciliter la destruction ou le dégât ; attentat à la*

pudeur ou viol n'ayant pas entraîné la mort de la victime » (art. 34quater). De même, la durée est fixée entre cinq et quinze ans.

Les modalités de mise à dispositions sont également définies dans cette nouvelle loi : privation de liberté, modalités de sortie, de libération sous surveillance ou de libération définitive.

Cette mesure a été globalement peu appliquée depuis sa mise en place. Le nombre annuel de condamnations à des mises à disposition évolue, souvent en fonction du contexte socio-économique du pays, il va de 0 à 30 par an depuis 1930. Si au départ cette mesure était surtout réservée à des délinquants d'habitude, elle s'adresse plutôt, depuis le début des années 2000, à des délinquants sexuels ou à des personnes ayant effectué des vols avec circonstances aggravantes (violences, port d'arme...). Concernant le régime imposé à ces mis à disposition du gouvernement, entre les années 1930 et les années 1970, c'étaient plutôt des internements. Après les années 1970, la tendance était plutôt à leur proposer de manière très majoritaire un suivi judiciaire à l'extérieur (sans notion d'obligation de soins associée). Depuis le début des années 2000, la tendance à l'internement revient à la hausse [19].

iv. Des soins ambulatoires pénalement ordonnés ?

La Belgique dispose, dans son arsenal législatif, de moyens d'ordonner des soins ambulatoires à des condamnés. Ils sont cependant très en marge des peines évoquées ci-dessus. Il existe en effet la possibilité d'obliger le condamné à une guidance (aide à la réinsertion pour trouver un logement, un emploi, une formation...) ou un traitement. Nous allons en voir les indications et les modalités.

Tout d'abord, le Procureur du Roi, dans le cas d'infractions qui n'occasionnent pas plus de deux ans de détention, peut proposer une médiation pénale. C'est une procédure de médiation entre les deux parties qui évite le procès pénal. Parmi les obligations possiblement faites au condamné dans cette médiation pénale, il y a l'obligation de suivre une guidance ou un traitement, la durée maximale est alors de six mois (article 216ter du Code d'Instruction Criminelle).

Le juge d'instruction peut également proposer un maintien en liberté au lieu d'une détention préventive à une personne mise en examen et mettre dans les conditions le suivi d'une guidance ou d'un traitement (loi du 20 juillet 1990).

Ensuite, le Juge d'Application des Peines a lui aussi la possibilité, lorsqu'il est sollicité par un condamné pour une mise en libération conditionnelle, de lui ordonner de suivre une guidance ou un traitement, et ce jusqu'à la fin de la mesure (loi du 29 juin 1964) [22].

Il n'existe cependant pas d'obligation de soins ambulatoires ordonnée au moment du procès qui puisse prendre effet à la fin de la peine de privation de liberté. Il n'existe pas non plus de pathologie ou de peine pour laquelle ces mesures de soins sont obligatoires, celles-ci étant laissées à la libre décision du Procureur ou du Juge concerné. Ce dernier peut cependant demander l'avis d'un expert, qui est d'ailleurs obligatoire dans les libérations conditionnelles pour les auteurs de violences sexuelles.

c) La Défense Sociale dans deux autres pays d'Europe, l'Allemagne et l'Italie

i. La Défense Sociale en Allemagne

La psychiatrie légale en Allemagne : historique et législation actuelle

C'est Von Liszt qui va fortement influencer le Droit Pénal allemand tel qu'il existe aujourd'hui. Ses idées sont très proches de celles d'Adolphe Prins qu'il côtoiera d'ailleurs à la fin du XIX^e siècle. Le terme de « Défense Sociale » ne sera pas retenu en tant que tel dans le langage courant, mais les principes de ce courant de pensées sont ceux appliqués en Allemagne.

Von Liszt distingue deux types de délinquants : les délinquants occasionnels et les délinquants d'habitude. Pour les premiers, il opte pour une peine plutôt d'ordre pécuniaire et préconise une sanction tournée vers la réinsertion. Pour les délinquants d'habitude, il distingue là encore deux catégories, d'un côté ceux qui sont potentiellement amendables et pour qui il faut proposer une peine allant vers la réinsertion, et d'un autre côté ceux n'ayant pas d'espoir de réhabilitation. La seule option possible pour sécuriser la société concernant ces derniers est de leur ordonner un internement de sûreté. L'œuvre de Von Liszt va être suivie et appréciée, et un grand nombre de ses préconisations seront retenues [23].

C'est en 1934 qu'est réformé le Code Pénal en Allemagne. Dans les lois qui concernent la psychiatrie légale, une vision sécuritaire s'applique [24]. En effet, trois options sont proposées au législateur pour orienter les patients psychiatriques étant passé à l'acte :

- l'hospitalisation en psychiatrie pour les malades mentaux criminels,
- l'hospitalisation dans un centre de cure de désintoxication pour les alcooliques ayant commis un crime,
- l'enfermement sécuritaire dans un établissement pour peine pour les délinquants avec une personnalité asociale et étant passés à l'acte.

Un an avant, en 1933, avait été votée une loi en Allemagne introduisant la détention (ou internement) de sûreté. Il s'agit d'une mesure qui permettait d'ordonner pour les délinquants d'habitude ou particulièrement dangereux une détention de sûreté à la fin de la peine pour éviter la récidive. La durée n'était pas déterminée à l'avance et dépendait de l'évolution du niveau de dangerosité du délinquant. Il s'agissait finalement d'une double peine et les possibilités de sortie et de libération étaient très aléatoires pour les personnes condamnées à cette mesure.

Lors de la réforme du code pénal dans les années 1970, l'idée d'offrir des soins de manière plus importante pour les patients psychiatriques ayant commis des crimes ou des délits réapparaît. L'internement de sûreté est lui aussi mieux encadré pour en limiter les dérives : les indications en sont réduites, la durée est fixée à dix ans maximum et la mesure doit être réévaluée tous les deux ans.

Mais en 1998, l'aspect sécuritaire reprend le dessus en psychiatrie légale, avec l'idée d'une tolérance zéro concernant la récidive. Suite à plusieurs affaires très médiatisées de violences sexuelles sur mineurs de 15 ans, les législateurs se saisissent de nouveau de cette mesure d'internement de sûreté et la renforcent entre 2002 et 2008 : la limitation de sa durée à dix ans est supprimée et il est désormais possible de la prononcer après le jugement, au cours de la peine avant la date possible de demande de liberté conditionnelle [23].

Il est à noter que cette détention de sûreté peut également s'appliquer aux malades mentaux reconnus pénalement irresponsables. Lorsqu'une fin d'internement est envisagée du fait de la résolution du trouble psychiatrique en lien avec l'infraction, le juge peut ordonner au patient une détention de sûreté. Cette mesure peut être prononcée à deux conditions : si l'infraction est reconnue

comme particulièrement grave ou si l'intéressé a déjà commis auparavant une infraction ayant conduit à au moins trois ans d'emprisonnement et s'il existe un fort risque de récidive [25].

La Cour Européenne des Droits de l'Homme est cependant intervenue pour condamner l'Allemagne du fait de cette double peine infligée et cette atteinte au droit fondamental de liberté. Des garanties ont alors été apportées par les législateurs allemands :

- Lorsque la mesure de détention de sûreté n'a pas été ordonnée lors du procès initial mais qu'elle est envisagée dans un second temps, le tribunal doit la prononcer lors d'un nouveau jugement en audience publique où le condamné peut être entendu ainsi qu'un représentant de l'établissement pénitentiaire où il est incarcéré.
- Le condamné peut faire appel d'une ordonnance de détention de sûreté.
- Une expertise psychiatrique est nécessaire à l'ordonnance d'une détention de sûreté quand elle est prononcée lors du jugement initial. Si elle est envisagée a posteriori au cours de la peine, deux expertises psychiatriques sont nécessaires au minimum.

À la fin de cette mesure, le détenu est placé sous contrôle judiciaire pour une durée allant de deux à cinq ans, mais pouvant être prononcée à vie pour les auteurs de violences sexuelles. Ce contrôle judiciaire comporte des obligations telles que se présenter régulièrement au tribunal, ou alors des interdictions de fréquenter certains lieux ou personnes. Elles sont suivies par un agent de probation. La notion d'obligation de soins est absente de ce contrôle judiciaire.

Le nombre de mesures de détentions de sûreté prononcées est croissant depuis les années 2000. Le nombre d'ordonnances d'hospitalisation par contre serait en légère diminution, mais les durées d'hospitalisation seraient, elles, en augmentation du fait de cette politique sécuritaire prônant le risque zéro de récidive [26].

Qu'en est-il des soins psychiatriques pénalement ordonnés en Allemagne ?

Comme vu précédemment, les criminels ayant dans leur expertise un trouble mental sont hospitalisés en psychiatrie à durée indéterminée jusqu'à ce que la dangerosité psychiatrique et criminologique soit écartée. Les délinquants ou criminels n'ayant pas de troubles psychiatriques (mais présentant parfois des troubles graves de la personnalité), à partir du moment où ils ne sont pas irresponsabilisés, sont incarcérés.

Les Soins Pénalement Ordonnés à la sortie de prison ou d'hospitalisation ne sont pas prévus par la loi, qui stipule que les soins psychiatriques ambulatoires déjà existants suffisent pour soigner les délinquants atteints de troubles psychiatriques.

Il faut noter dans les évolutions récentes une augmentation du nombre de patients en hôpital psychiatrique par ordonnance d'hospitalisation, ce qui peut s'expliquer par des durées d'hospitalisation qui ont tendance à augmenter (du fait de la tolérance zéro demandée par la justice concernant le risque de récidive).

Tilo Held, dans un article sur le sujet dans l'*Information Psychiatrique* [27], relève que des propositions de loi concernant la mise en place de soins pénalement ordonnés en Allemagne ont été amenées devant le parlement, mais elles ont été rejetées. Il donne deux arguments principaux pour expliquer ce refus :

- « La possibilité d'un recours à la contrainte hypothéquerait le dialogue avec le patient et annulerait, de ce fait, les avancées de la psychiatrie sociale. Il est craint également que les pouvoirs publics investissent moins en personnel destiné à instaurer et à poursuivre le dialogue difficile avec ces malades. »
- « Il est également soutenu que les situations de crise justifient le recours à l'hospitalisation sous contrainte et qu'un instrument de contrainte de plus présente plus d'inconvénients que d'avantages. » [24]

Dans cet article, Tilo Held estime que les psychiatres sont plutôt favorables à cette évolution de la psychiatrie légale, mais les associations de familles en Allemagne y sont plutôt opposées, et il n'y aurait pas, selon lui, de volonté politique assez importante pour que la situation évolue.

ii. La Défense sociale et ses applications en Italie

La défense sociale en Italie

Tout comme la Belgique et l'Allemagne, c'est à partir du mouvement de Défense Sociale que la politique sécuritaire et pénale s'est construite en Italie. Ce sont les théories positivistes d'auteurs tels que Lombroso, Garofalo, Ferri, etc, qui ont influencé l'opinion publique et les criminologues dès la fin du XIX^e siècle. L'objectif pour ces auteurs, qui fût ensuite l'objectif de la Défense Sociale italienne, était la neutralisation de la dangerosité par une prise en charge spécifique et adaptée du

délinquant. Pour eux, cette prise en charge devait conduire à la réinsertion optimale du délinquant dans la société. La défense sociale est destinée aux criminels estimés « socialement dangereux », ce qui inclut principalement la notion de risque de récidive. Ces théories positivistes vont être celles qui vont influencer majoritairement les législateurs dans l'élaboration du Code Pénal italien de 1930.

La Défense Sociale ayant pour objectif, comme son nom l'indique, de défendre la société des criminels particulièrement dangereux (en particulier du terrorisme ou autres crimes en bande organisée ou non, et des multirécidivistes), elle avait initialement imaginé leur imposer des mesures de sûreté via notamment des privations de liberté plus importantes permettant leur surveillance. La Cour Constitutionnelle italienne et les juges indépendants ont cependant exigé qu'il fallait que la dangerosité soit formellement établie pour pouvoir condamner un individu à des mesures de sûreté découlant de la Défense Sociale. Or la notion de dangerosité étant relativement floue et peu objectivable, la pratique a fait que ces mesures ont été très peu appliquées pour des auteurs d'infractions jugés responsables ou partiellement responsables. Elles ont alors rapidement concerné une partie faible de la population des délinquants : les malades mentaux en premier lieu, mais aussi les mineurs, les immigrés et les délinquants sexuels.

Les soins psychiatriques ordonnés par la justice en Italie

Le Code Pénal italien reconnaît les notions d'abolition et d'altération du discernement [25]. Celles-ci peuvent être mises en évidence lors du procès par une expertise psychiatrique, qui peut être demandée par le juge (le plus souvent) ou par les parties, et qui recherche chez un auteur d'infraction une maladie mentale ou une consommation d'alcool ou de toxique qui aurait pu abolir ou altérer le discernement au moment des faits.

Des soins psychiatriques peuvent être ordonnés pour les auteurs d'infractions reconnus irresponsables du fait de leur trouble mental. Dans ce cas, l'article 222 du Code Pénal italien permet au juge de placer le sujet en hospitalisation psychiatrique [25]. Depuis l'émergence de cette loi dans le Code Pénal italien et jusque très récemment, ces hospitalisations se faisaient dans des établissements spécialisés en psychiatrie, ou plus volontairement dans des hôpitaux psychiatriques judiciaires.

L'internement en psychiatrie est ordonné par un juge, qui définit une durée minimum d'internement. Celle-ci dépend de la gravité de l'infraction et de la peine théoriquement encourue

(art. 222 du Code Pénal italien) : dix ans si l'infraction encourt la réclusion à perpétuité, cinq ans si l'infraction encourt une peine d'au moins dix ans de prison et deux ans si l'infraction encourt une peine d'au moins deux ans de prison.

Les établissements psychiatriques judiciaires étaient au nombre de six en Italie et alliaient sécurité et soins, mais il avait été constaté que le personnel carcéral y était souvent plus important en nombre que le personnel médical [28].

Dans les cas des sujets reconnus « semi-responsables » par la justice, pour ceux qui présentent des troubles mentaux, une hospitalisation en psychiatrie en « maison de cure et de garde » pouvait être prononcée. En règle générale, ce placement devait s'effectuer après la peine, mais si l'état psychiatrique le rendait nécessaire, les soins pouvaient également s'effectuer avant la peine. Le temps passé au sein de ces établissements de « cure et de garde » n'était pas inclus dans la durée de la peine, et venait donc s'ajouter à la durée de la privation de liberté.

Pour les patients incarcérés toxico-dépendants, et dont l'infraction a été reconnue en lien avec leur dépendance toxicologique, le transfert vers un établissement pénitentiaire spécialisé peut être proposé : les Instituts à surveillance atténuée pour le traitement de toxico-dépendance. Ces instituts proposent des programmes thérapeutiques orientés pour toxicomanes et des programmes de réhabilitation et de réinsertion sociale. Le détenu doit montrer sa motivation au cours du premier mois de placement dans un tel institut pour y être maintenu.

Il est à noter que les malades mentaux ayant commis une infraction dont ils sont reconnus irresponsables, mais dont le caractère dangereux n'est pas établi par le juge, peuvent être tout simplement acquittés et remis en liberté sans aucune mesure à suivre.

La psychiatrie a connu en Italie de gros bouleversements depuis les années 1980 dans les suites d'un mouvement mené notamment par F. Basaglia qui a lutté contre l'enfermement des malades mentaux et pour la fin de l'institutionnalisation [29]. La loi 180 est votée en 1978 pour affirmer cette évolution. C'est d'abord la psychiatrie générale qui a été concernée par ce mouvement avec la fermeture progressive des asiles psychiatriques au profit de structures favorisant le traitement ambulatoire des patients et disposant de très peu de lits d'hospitalisation. La psychiatrie légale a résisté longtemps à ce courant, malgré les condamnations à plusieurs reprises par la Cour Constitutionnelle concernant l'absence d'alternative à l'hospitalisation psychiatrique pour les

malades mentaux ayant commis des infractions. La Cour Européenne des Droits de l'Homme a également condamné l'Italie pour les conditions peu acceptables dans lesquelles se trouvaient les détenus, et notamment ceux des hôpitaux psychiatriques judiciaires (toilettes non alimentées en eau, détenus attachés nus à leur lit, etc.).

C'est récemment, en 2011, qu'une mesure est votée à l'Assemblée et entérinée au Sénat en 2012, en faveur de la fermeture des hôpitaux psychiatriques judiciaires. La date limite de fermeture de ces centres avait été fixée au 31 mars 2015. À la place, des structures sanitaires de petite taille, nommées REMS (Résidence d'Exécution des Mesures de Sécurité) et disposant d'un maximum de vingt places ont été construites. Il s'agit de structures plus axées vers le soin, dont le personnel est essentiellement médical, et dont les locaux ressemblent plus à des structures de soins avec des chambres et non des cellules par exemple [30].

Il semble que pour l'instant ces nouvelles structures ne disposent pas d'un statut clairement défini par la loi. Des questions se posent sur la sécurisation de ces structures, sur la responsabilité des patients accueillis (notamment en cas d'évasion d'un patient), etc. De plus, le nombre de places disponibles au premier avril 2015 était inférieur au nombre de sujets détenus dans les hôpitaux psychiatriques judiciaires, les régions n'ayant pas forcément toutes développé ces établissements sur leur territoire. Ceci a entraîné la nécessité de nouvelles expertises psychiatriques d'évaluation dans le but de libérer définitivement une partie de la population des hôpitaux psychiatriques judiciaires.

2. L'exemple de la Suède : une psychiatrie légale à part en Europe

a) La psychiatrie légale en Suède

Il existe certaines particularités concernant l'organisation de la psychiatrie légale en Suède qu'il faut détailler ici avant d'aborder la question des soins pénalement ordonnés.

i. L'expertise psychiatrique

La première concerne le système des expertises psychiatriques [8]. En suède, l'expertise se fait dans des centres d'expertises spécialisés et publics. Ces centres dépendent de l'État et sont sous

la tutelle du Conseil National de Médecine Légale. Il en existe trois en Suède. Ces centres disposent d'une équipe de soins pluridisciplinaire (psychologues, soignants, éducateurs) sous la responsabilité d'un psychiatre spécialisé en psychiatrie légale et en expertise (ayant suivi une formation spécialisée de deux ans).

C'est le juge qui peut demander une expertise, il n'en a pas l'obligation légale. Dans ce cas il adresse sa requête au centre de psychiatrie légale, qui dans un deuxième temps désigne le centre expert où le sujet sera orienté. Ce n'est donc pas le juge qui désigne lui-même l'expert psychiatre.

L'auteur de l'infraction est alors orienté dans le centre d'expertise désigné où il est observé pendant une période d'« hospitalisation » de quatre jours. À la fin de cette observation, chaque corps de personnel rédige un rapport de son observation qu'il adresse au psychiatre. Le psychiatre expert doit synthétiser le tout et rédiger le rapport final qui sera adressé au juge. Il est à noter qu'il est assez peu courant en Suède que les experts se rendent ensuite au tribunal pour y déposer oralement leurs conclusions d'expertise. Concernant le contenu de l'expertise, il est à peu près similaire à celui demandé en France.

ii. L'abolition du discernement

La législation concernant le discernement est également particulière en Suède puisque l'abolition du discernement n'empêche pas le sujet auteur d'une infraction d'être renvoyé devant le tribunal, il n'y a pas de non lieu prévu en cas d'abolition du discernement, et encore moins si une altération du discernement est conclue dans l'expertise. C'est en effet une des modifications du Code Pénal suédois de 1962. Les malades mentaux par contre ne pourront pas être incarcérés en prison, les différents types de peines auxquelles ils peuvent être soumis sont l'amende, le suivi sociojudiciaire et l'internement en hôpital psychiatrique.

Une commission a été nommée en 1999 pour réfléchir à la question de la responsabilité des malades mentaux. Elle a rendu son rapport en 2002. Les principaux points de ce rapport sont résumés dans une étude du Service des Affaires Européennes et Internationales du Ministère de la Justice français intitulée « Affectation des détenus en établissement sécuritaire : Le cas de la Suède » et éditée en 2008 [31]. Il y est dit que la situation légale actuelle est critiquée. En effet, il apparaît inadapté, pour la commission, de condamner pénalement des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont par définition irresponsables. De plus, la peine prononcée par le tribunal est souvent inadaptée aux malades mentaux, et les durées de traitement sont également inadaptées

(trop longues ou trop courtes en fonction des cas). Les principales propositions faites dans ce rapport sont les suivantes :

- Les personnes atteintes de troubles mentaux pourraient être condamnées aux mêmes peines que les autres auteurs d'infraction, excepté l'emprisonnement.
- La durée de la peine devrait avoir un terme, notamment concernant l'internement qui est actuellement ordonné sans durée définie.
- Le traitement psychiatrique pourrait être mis en place dès le début de l'exécution de la peine prononcée.
- L'irresponsabilité pénale devrait être réintroduite, avec en conséquence l'absence de peine prononcée pour ces sujets, même si certaines mesures de sécurité pourraient tout de même être envisagées.

b) Les Soins Pénalement Ordonnés en Suède

Comme nous l'avons vu ci-dessus, le tribunal peut ordonner des soins pour les auteurs d'infraction étant atteints de troubles mentaux. Ces peines sont prononcées par le juge suite à l'avis d'un expert psychiatre (selon les modalités d'expertise décrites plus haut).

La mesure de soins psychiatriques ordonnée principalement est l'internement en hôpital psychiatrique [25]. Celui-ci se fait dans des instituts spécialisés appelés instituts de psychiatrie légale, composés de personnels soignants et de psychiatres spécialisés dans la prise en charge de délinquants atteints de troubles mentaux. Les soins apportés aux malades mentaux peuvent être réalisés sans le consentement de l'intéressé, mais dans ce cas il faut l'avis de deux psychiatres pour déterminer l'absence de consentement possible (le psychiatre responsable de l'institut et un autre psychiatre), ainsi que l'avis du gouvernement.

La durée de la prise en charge institutionnelle n'est pas soumise à une durée déterminée, elle peut durer le temps nécessaire au rétablissement du patient. La sortie des soins est la plupart du temps décidée par l'équipe médicale et le psychiatre responsable de la prise en charge. Dans certains cas, notamment lorsque les faits commis ont été graves, l'avis du gouvernement peut aussi être nécessaire. Il est alors demandé par le tribunal qui a fixé la peine. Il n'y a pas d'obligation à poursuivre les soins à la sortie du patient de l'institut de psychiatrie légale.

Si pendant longtemps un grand nombre de délinquants atteints de troubles mentaux, de troubles graves de la personnalité ou d'une addiction ayant un lien avec les faits était placé en institut de psychiatrie légale, la tendance est aujourd'hui à la diminution du nombre d'ordonnances de placement en institution. Un nombre de plus en plus important de détenus se retrouve donc en détention alors qu'ils sont atteints de troubles mentaux légers, mais surtout de troubles de la personnalité ou de troubles addictifs. Différentes offres de soins peuvent tout de même s'offrir à eux en prison :

- Soit les services de soins psychiatriques au sein de l'établissement pénitentiaire, avec la possibilité si nécessaire d'un transfert temporaire en établissement de soins extra-pénitentiaire. Ces soins sont accessibles aux prisonniers, mais ne peuvent pas être obligatoires et se font donc sur la base du volontariat du détenu.
- Soit le détenu peut être placé en « unité de support » qui est une unité spécifique à l'intérieur de la détention permettant de placer certains sujets à l'écart du reste de la population carcérale. Les indications conduisant à être placé dans une telle unité sont la présence d'un comportement « extraverti et agressif » chez le détenu ou la « tendance aux actions destructives en général ».

3. D'autres exemples de SPO ambulatoires en Europe

a) L'exemple d'un pays sous la Common Law : l'Angleterre

i. Organisation de la justice en Angleterre

L'Angleterre est une des nations qui constitue le Royaume-Uni composé de l'Angleterre, du Pays de Galles, de l'Écosse et de l'Irlande du Nord. C'est une monarchie constitutionnelle. Il n'y a pas de gouvernement d'Angleterre, mais un gouvernement du Royaume-Uni. De même le parlement principal est le Parlement du Royaume-Uni même si chaque nation constitutive a son propre parlement délégué [32].

Concernant le Droit, il n'est par exemple pas le même pour toutes les nations, avec trois ordres juridiques différents :

- l'Angleterre et le Pays de Galles

- l'Écosse
- l'Irlande du Nord

Pour simplifier, nous nous intéresserons ici au Droit anglais uniquement.

Le Droit anglais a aussi une particularité par rapport aux autres états européens : il est basé sur la Common Law. C'est un système juridique où ce sont les juges qui ont le pouvoir de législation le plus important puisque les décisions de justice se basent sur les connaissances actuelles des juges et sur la jurisprudence antérieure. La plupart du temps il n'y a pas de lois écrites sous-tendant leurs décisions. Dans certains cas, le juge est tout de même amené à se référer à des lois parlementaires (exemple : abolition de la peine de mort).

ii. La psychiatrie légale en Angleterre

L'expertise

L'expertise psychiatrique est réalisée par un psychiatre qui peut travailler dans le public ou le libéral. Il n'existe pas de liste de psychiatres pré-établie par le service judiciaire, et tout psychiatre peut être amené à réaliser une expertise psychiatrique, il n'y a pas d'experts psychiatres. La demande d'une expertise psychiatrique se fait par une des parties du procès (avocat de la défense ou Procureur) et c'est alors à elle que revient la charge de financer cette expertise [8].

La notion d'irresponsabilité

L'irresponsabilité pénale pour les malades mentaux a été proposée par la jurisprudence au milieu du XIX^e siècle et elle est inscrite dans la loi depuis la fin du XIX^e siècle. Celle-ci peut être prononcée aux différentes étapes du procès [25] :

- Avant le procès, si deux médecins (dont au moins un psychiatre) ayant examiné le prévenu concluent qu'il est atteint de troubles mentaux abolissant son discernement. Le ministre de l'Intérieur peut ordonner le placement du patient en hôpital psychiatrique, il peut alors être exonéré de jugement si son état ne s'améliore pas.
- Durant le procès, si le prévenu apparaît incapable, du fait de ses troubles mentaux, de comprendre et suivre la procédure judiciaire, deux médecins (dont au moins un psychiatre) peuvent être alors nommés pour examiner le sujet et déterminer si oui ou non la personne leur paraît atteinte de troubles mentaux entachant sa capacité à suivre le procès. C'est alors

un jury spécifique qui tranche la question et peut déclarer l'accusé « incapable de plaider ». Dans ce cas le procès n'a pas lieu.

- Le procès peut conclure à une abolition du jugement au moment des faits et donc à une irresponsabilité de l'auteur. Le jury conclut donc à une « non-culpabilité pour aliénation mentale ».

L'aliénation mentale doit répondre à trois critères tels que définis dans la jurisprudence : l'absence complète de discernement (l'altération simple ne suffit pas) doit être due à une pathologie mentale et doit avoir pour conséquence soit l'ignorance par l'auteur des conséquences de ses actes, soit l'ignorance du fait qu'il commet un acte de délinquance.

La jurisprudence a établi le fait que toute personne est saine d'esprit jusqu'à preuve du contraire. C'est donc le plus souvent à la défense d'apporter la preuve, par la tenue d'une expertise psychiatrique, de la présence d'une aliénation mentale chez l'auteur des faits.

Les mesures que le juge peut appliquer aux délinquants atteints de troubles mentaux sont de plusieurs types :

- Le placement en hôpital psychiatrique,
- le placement du sujet sous tutelle des services sociaux,
- l'obligation au suivi d'un traitement adapté,
- la mise en liberté sans peine prononcée à l'encontre du sujet.

Les soins en milieu carcéral

Parmi les personnes qui ne sont pas irresponsabilisées, et qui donc sont incarcérées, certaines peuvent présenter des troubles mentaux (qui étaient présents avant la détention, ou qui se révèlent en détention). Les prisonniers ont la possibilité d'avoir accès à des soins psychiatriques au sein de la détention.

Il est également proposé en détention des programmes de soins destinés à diminuer le risque de récidive. Il existe une multitude de programmes de soins en fonction de l'infraction commise et auxquels les détenus sont incités à participer, même si cela reste sur la base du volontariat. Quelques exemples : le « CALM » (« Controlling Anger and Learning to Manage it ») adressé à ceux qui ont du mal à contrôler leurs émotions pouvant ainsi les mener à des comportements

violents ; le « SOTP » (« Sex Offenders Treatment Programme ») adressé aux auteurs de violences sexuelles. Il existe plusieurs versions de ce programme (une version courte et une plus approfondie) en fonction de la gravité de l'agression sexuelle commise.

iii. Les Soins Pénalement Ordonnés en Angleterre

L'internement en hôpital psychiatrique

Celui-ci peut être ordonné par un tribunal uniquement si l'infraction commise par le sujet aurait dû entraîner une peine de prison. L'avis de deux médecins affirmant la nécessité de soins psychiatriques institutionnels est nécessaire pour que le juge puisse prononcer ce placement en hôpital psychiatrique.

La durée de l'internement est en principe limitée. Dans certains cas, la Cour de la Couronne peut ordonner un placement en hôpital psychiatrique sans limitation de durée, quand l'intérêt général le requiert. Elle peut également mettre des conditions à la sortie d'un patient.

Les SPO en ambulatoire ou « Community Treatment Order » (CTO)

La loi actuellement applicable concernant les CTO est celle détaillée dans la Section 51 du « Mental Health Act » de 2007. Ce dernier a conduit à la création du Mental Health Review Tribunal. C'est un tribunal spécialisé dans les décisions judiciaires concernant les personnes atteintes de troubles mentaux, dont ceux ayant été auteurs d'une infraction. Siègent à ce tribunal trois professionnels spécialisés en psychiatrie légale, dont au moins un avocat qui préside l'audience et un psychiatre. C'est ce tribunal qui est habilité à ordonner des CTO. Les CTO peuvent aussi être ordonnés par un magistrat.

Les principes généraux d'un CTO sont les suivants [33] :

- C'est le magistrat ou le tribunal spécialisé qui détermine les conditions du CTO.
- Le CTO permet à la personne de vivre au sein de la communauté tout en respectant un plan de soins. Si celui-ci est enfreint, la personne peut être réintégrée en hôpital psychiatrique pour y suivre un traitement approprié sous contrainte (y compris un traitement médicamenteux).
- Le CTO est ordonné pour une durée allant jusqu'à douze mois, qui peut se voir renouvelée si nécessaire.

Un CTO peut être ordonné par un tribunal si celui-ci estime que :

- Le bénéfice d'un CTO pour la personne serait la proposition de soins la moins restrictive, qui soit compatible avec la sécurité pour le patient et la société et avec l'efficacité du traitement,
- l'établissement de santé mentale peut proposer au sujet un traitement approprié, et que cet établissement a les moyens de le mettre en œuvre.

Le CTO est ordonné pour une durée allant jusqu'à douze mois, il peut donc prendre fin si celui-ci n'est pas renouvelé à la fin de ce délai. Le CTO peut aussi prendre fin si le directeur de l'établissement de santé mentale le révoque, si le sujet a fait appel devant la Cour Suprême de son CTO et que celui-ci est annulé, ou tout simplement si le tribunal annule le CTO en cours.

Il est à noter que ne rentrent pas dans la durée du CTO :

- La période de détention : le CTO entre donc en application à la fin de la peine de prison s'il y en a une,
- la période d'hospitalisation qui précède le CTO, ou si une réintégration en hôpital psychiatrique est nécessaire dans le cadre d'un non-respect des conditions du CTO.

Exemple concernant l'ordonnance de CTO chez les délinquants toxicomanes

Pour les toxicomanes ayant commis des infractions dont le lien est établi entre leur dépendance au produit et l'infraction, il est possible pour le tribunal d'ordonner des soins. Ceux-ci étaient nommés « Ordonnance d'injonction de désintoxication et de soumission à des tests de dépistage » (DTTO) jusqu'en 2005, ils sont maintenant contenus dans les actuels CTO.

N. Padfield [34] rapporte les recommandations publiées en 2008 par le Sentencing Guidelines Council concernant les auteurs de « vol et cambriolage hors des lieux d'habitation », dans lesquelles il est question de la dépendance : « De nombreux délinquants reconnus coupables d'infractions d'appropriation sont déterminés par une dépendance, souvent aux stupéfiants, à l'alcool ou au jeu. Cela n'amoindrit pas la gravité de l'infraction, mais la dépendance d'un délinquant peut valablement influencer le type de sanction infligée. En particulier, il sera parfois approprié d'imposer :

- Une injonction de désintoxication (qui pourra être incluse dans une ordonnance judiciaire communautaire, dans toute la gamme des sanctions communautaires depuis les plus faibles jusqu'aux plus sévères), ou
- une injonction de traitement de l'alcoolisme (pour les buveurs dépendants), ou
- une obligation de surveillance intégrant de l'information, du conseil et du soutien spécifique à l'alcoolisme (pour les buveurs nuisibles ou dangereux) dans le cadre d'une ordonnance judiciaire communautaire ou d'une ordonnance de suspension de la peine, afin de tenter de rompre le cycle dépendance/commission d'infractions, même lorsqu'une peine d'emprisonnement ferme serait autrement justifiée » [34].

Un certain nombre de points à rechercher chez les auteurs d'infraction ayant une dépendance a été proposé en Angleterre afin de déterminer si une mesure de CTO (anciennement DTTO) peut être pertinente à prescrire. Ces points sont résumés dans un article de N. Padfield publié en 2009 dans la revue *Archives de Politique Criminelle* et intitulé « Drogues, criminalité et prononcé des peines en Angleterre et au Pays de Galles » [34] :

- « Les juges devraient veiller à prononcer des peines qui ont une chance réaliste de réduire la dépendance aux stupéfiants, chaque fois qu'il est raisonnablement possible de le faire ;
- de nombreuses infractions sont commises par un délinquant sous l'emprise de stupéfiants. Le fait que le prévenu ait agi de la sorte n'est pas en soi un motif pour prononcer une DTTO ;
- un préalable nécessaire au prononcé d'une telle mesure est l'existence d'une preuve claire de la volonté du/de la prévenu(e) de se libérer des drogues ;
- une DTTO est susceptible d'avoir de meilleures chances de succès si elle intervient tôt plutôt que tard dans la carrière délinquante, bien qu'il existe des cas exceptionnels dans lesquels une telle mesure peut être justifiée pour un délinquant plus ancien ;
- il sera très rare qu'une DTTO soit appropriée dans le cas d'une infraction impliquant des violences graves ou une menace de violence avec une arme létale ;
- le type d'infraction pour laquelle une DTTO sera généralement indiquée est une infraction d'appropriation perpétrée pour obtenir l'argent nécessaire pour se procurer des drogues, bien que le fait que le motif soit de satisfaire la dépendance aux stupéfiants n'oblige pas à conclure qu'une DTTO devrait être ordonnée ;
- une DTTO peut être appropriée même lorsqu'un nombre substantiel d'infractions a été commis ;

- une DTTO n'est probablement pas appropriée s'agissant d'un nombre substantiel d'infractions graves qui, soit impliquent des violences mineures, soit ont un effet particulièrement dommageable sur la ou les victime(s). Il doit exister un degré de proportionnalité entre l'infraction et la peine, de telle sorte qu'il ne soit pas donné un poids excessif à la perspective de réinsertion au détriment d'une considération adaptée de la criminalité du délinquant ;
- les informations relatives au délinquant, qui deviennent disponibles entre le prononcé de la peine et l'appel devant cette Cour, peuvent être d'une importance particulière pour apprécier l'opportunité d'une DTTO. Le Juge Unique de cette Cour peut en conséquence ordonner une nouvelle mise à jour de l'évaluation dans une espèce appropriée ».

Il s'agit donc là d'un exemple concernant les personnes dépendantes à un produit. Dans ce cas, la recherche du consentement du condamné est recommandée, ainsi que le fait que l'infraction soit en lien avec sa consommation. Mais comme expliqué plus haut, les CTO peuvent s'appliquer également aux patients souffrant de troubles mentaux autres, allant des maladies psychiatriques de l'axe I du Manuel statistique et diagnostique des maladies mentales (DSM) aux troubles graves de la personnalité, qui si leur état le permet, peuvent alors être suivis en ambulatoire de manière contrainte.

b) L'exemple de la Suisse

i. La psychiatrie légale en Suisse

Le Code Pénal suisse (CPS) confie à la psychiatrie médico-légale trois axes majeurs [35] :

- L'évaluation de la responsabilité pénale d'un sujet,
- l'évaluation de la crédibilité des déclarations d'un mineur (à différencier de la recherche de véracité dans ces déclarations),
- l'évaluation de la dangerosité.

L'expert psychiatre est nommé à la demande du juge, ou à la demande d'une des parties, lorsque la question de la responsabilité du prévenu se pose dans un procès. Celui-ci, en plus de la responsabilité ou non du sujet, peut être amené à se prononcer sur l'opportunité de soins psychiatriques à ordonner sous contrainte qui peuvent être de quatre types :

- Des soins psychiatriques en ambulatoire,
- des soins en service d'hospitalisation « ouvert »,
- des soins en institution fermée qui combine la dimension soins psychiques et restriction de liberté, mais de tels établissements ne sont pas accessibles partout en Suisse, et les sujets peuvent alors être orientés en détention,
- l'internement, qui doit idéalement se faire dans un milieu proposant des soins adaptés pour les personnes ayant commis un crime grave (risquant plus de cinq ans de prison) et présentant d'importants troubles mentaux ou un trouble grave de la personnalité pouvant laisser présager d'éventuelles récidives.

Il est à noter ici qu'une votation populaire datant de février 2004 en Suisse proposait l'« internement à vie pour les délinquants sexuels ou violents jugés dangereux et non amendables ». La majorité de la population ayant voté favorablement, le gouvernement fédéral a dû inscrire ce nouvel article dans la Constitution (art. 123a). La contradiction entre cette mesure et les recommandations de la Convention Européenne des Droits de l'Homme a conduit à plusieurs années de réflexion. L'internement à vie est inscrit dans le CPS depuis 2008 (art. 64).

Il existe en Suisse des services de soins psychiatriques en détention. L'obligation de suivre des soins en détention peut être prononcée par le juge et faire partie de la peine infligée.

ii. Les soins pénalement ordonnés en Suisse

L'expertise est soit ordonnée par le juge s'il estime que le sujet présente des signes cliniques pouvant évoquer une maladie psychiatrique, soit demandée par une des parties, le juge pouvant l'accepter ou la refuser.

C'est le juge qui prend la décision de l'indication de soins sous contrainte, il peut donc suivre ou non l'avis de l'expert.

Les soins pénalement ordonnés peuvent s'effectuer en service hospitalier, en ambulatoire ou en milieu carcéral. Les modalités d'ordonnance et d'application des soins pénalement ordonnés sont explicitées dans le CPS. Nous allons les détailler ici telles qu'elles sont décrites dans la version du CPS de 2014. Ce sont les articles 56 à 64 qui sont concernés par ces mesures.

Des soins sont pénalement ordonnés si les principes suivants sont réunis (art. 56 du CPS) :

- « si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions » ;
- « si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige » ;
- et enfin si les conditions spécifiques nécessaires à chaque type de mesure de SPO sont réunies.

Il existe cinq types de soins pouvant être pénalement ordonnés :

Les mesures thérapeutiques institutionnelles (art. 59 du CPS) :

Elles peuvent être ordonnées lorsque « l'auteur souffre d'un grave trouble mental ». Il faut que les faits dont la personne est accusée soient en lien avec cette pathologie mentale, et qu'un traitement en institution puisse potentiellement éviter une récidive. Il est précisé que le traitement institutionnel doit s'effectuer dans un service de soins psychiatriques, de préférence fermé pour éviter les fugues. Il peut cependant également s'effectuer en détention, si le centre de détention possède un service de psychiatrie pouvant offrir à l'auteur des soins adaptés. Ce traitement institutionnel est ordonné pour une durée limitée de cinq ans maximum, qui peut être renouvelée par le juge si nécessaire, de cinq ans maximum à chaque renouvellement.

Le traitement pour les personnes atteintes d'une addiction (art. 60 du CPS) :

Le juge peut ordonner un traitement institutionnel pour les auteurs dont les faits sont en rapport avec leur comportement addictif, et s'il est envisageable que les comportements délictuels s'amendent avec la rémission de l'addiction. Dans ce cas, il est précisé que le juge doit « tenir compte de la demande et de la motivation de l'auteur ». L'hospitalisation s'effectue alors dans un établissement spécialisé en addictologie, ou alors dans un service de psychiatrie générale. Elle est ordonnée pour une durée de trois ans maximum, renouvelable une fois et pour 1 an uniquement.

La prise en charge des jeunes adultes (moins de 25 ans) souffrant de trouble grave de la personnalité (art. 61 du CPS) :

Ils peuvent être pris en charge dans un établissement spécialisé. La prise en charge se rapproche plus de l'éducatif que du soin dans ce cas-là, puisque l'objectif est de permettre à l'auteur d'acquérir une autonomie, avec notamment la possibilité d'une formation professionnelle. Cette mesure peut être prononcée pour quatre ans maximum, et elle ne peut pas perdurer au-delà des trente ans de l'auteur.

Les mesures de soins sous contrainte en ambulatoire (art. 63 du CPS) :

Elles peuvent être prononcées pour des auteurs qui ont soit un trouble mental grave, soit un trouble addictif et dont l'acte est en lien avec ce trouble. Dans ce cas le traitement ambulatoire est ordonné au moment du procès en même temps qu'une éventuelle peine privative de liberté. Il est à noter que cette obligation à des soins psychiques peut être appliquée au cours de la peine privative de liberté. Elle est prononcée pour un maximum de cinq ans, et peut être renouvelée par le juge d'application des peines pour une durée de un à cinq ans à chaque réévaluation. Le traitement est réévalué au moins une fois par an par une rencontre du patient par le juge et à l'aide d'un rapport du thérapeute.

L'internement (art. 64 du CPS) :

Il est prononcé systématiquement pour les personnes ayant « commis un assassinat, un meurtre, une lésion corporelle grave, un viol, un brigandage, une prise d'otage, un incendie, une mise en danger de la vie d'autrui, ou une autre infraction passible d'une peine privative de liberté maximale de cinq ans au moins, par laquelle il a porté ou voulu porter gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui », si ces personnes présentent un grave trouble mental ou un grave trouble de la personnalité laissant présager un risque de récidive. Cet internement peut être ordonné à vie si l'auteur a commis « un assassinat, un meurtre, une lésion corporelle grave, un viol, un brigandage, une contrainte sexuelle, une séquestration, un enlèvement ou une prise d'otage, s'il s'est livré à la traite d'êtres humains, a participé à un génocide ou a commis un crime contre l'humanité ou un crime de guerre » et que « l'auteur est qualifié de durablement non amendable dans la mesure où la thérapie semble, à longue échéance, vouée à l'échec ». Si une peine privative de liberté est prononcée, elle devra s'effectuer avant l'internement. Une fin de mesure pourra être évaluée à partir d'au moins 15 ans de privation de liberté.

Dans le cadre des soins ambulatoires pénalement ordonnés exposés ci-dessus, le psychiatre traitant est soumis à certaines obligations [36]. Il est désigné par l'autorité judiciaire pour suivre un patient délinquant donné. Il doit ensuite rendre compte obligatoirement à l'autorité judiciaire de toute rupture éventuelle de traitement ou de suivi. Il doit aussi signaler toute éventuelle récidive, et il doit rendre un rapport sur l'évolution clinique du patient au cours de la thérapie tous les six mois.

c) *L'exemple d'un pays du Sud de l'Europe : l'Espagne*

i. La psychiatrie légale en Espagne

Concernant l'expertise psychiatrique en Espagne, elle se fait selon un modèle comparable à celui de la France. Les experts sont des psychiatres exerçant en libéral ou dans un hôpital psychiatrique public. Il n'y a par contre pas de liste d'experts définie, chaque psychiatre peut être amené à faire une expertise psychiatrique, à la demande d'une des parties [8].

Le Code Pénal espagnol, dans son article 20, reconnaît l'irresponsabilité pénale pour les personnes ayant une abolition du discernement au moment des faits (« anomalie ou altération mentale » ou « conscience de la réalité gravement altérée », qui comprennent les décompensations des maladies mentales, les troubles graves de la personnalité ayant un impact sur le discernement et les chocs psychiques).

L'article 21 du code pénal espagnol concerne l'altération du discernement, entraînant dans ce cas une responsabilité atténuée qui doit conduire à une réduction de la peine lorsqu'elle est reconnue pour un auteur d'infraction lors d'un procès [25].

Le Code Pénal permet au juge d'ordonner des soins psychiatriques pour les auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux : soit une hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour les personnes qui auraient dû être condamnées à une peine de prison, soit une obligation de soins psychiatriques en ambulatoire.

Il n'existe pas en Espagne de services de soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires. Les soins psychiatriques en prison sont apportés par les services de secteur, soit dans la prison par des permanences, soit en extra-pénitentiaire, obligeant le détenu à s'y rendre.

ii. Les Soins Pénalement Ordonnés en Espagne

L'internement

D'après l'article 20 du Code Pénal espagnol, une « mesure de sûreté » peut être ordonnée par le juge pour une personne présentant des troubles psychiatriques et reconnue irresponsable pénalement du fait de ses troubles.

Il peut s'agir d'un internement dans un hôpital psychiatrique si l'infraction commise par l'auteur conduit habituellement à une peine de prison chez une personne responsable de ses actes.

Le juge doit fixer au moment du procès la durée maximale du placement en hôpital psychiatrique. Celle-ci ne peut pas être supérieure à la peine maximale de prison encourue pour l'infraction commise.

Le placement peut se faire soit dans un hôpital psychiatrique pénitentiaire (il en existe deux en Espagne), soit dans un hôpital psychiatrique publique classique. C'est le juge qui fixe la peine qui ordonne le placement dans l'une ou l'autre de ces structures.

Cette mesure de sûreté peut évoluer en fonction de l'état clinique du sujet, elle peut être interrompue précocement et remplacée par une autre plus appropriée, et ce à la demande du JAP. Le JAP doit rendre compte une fois par an de cette mesure et justifier son maintien s'il est nécessaire. Si ce n'est pas le cas, alors il doit proposer un aménagement de la mesure de sûreté.

L'obligation de soins en ambulatoire

Pour les sujets auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux, mais dont l'infraction ne fait pas encourir de peine de prison, le juge peut ordonner des soins psychiatriques en ambulatoire [37].

La durée de cette peine ne peut pas excéder cinq ans.

L'obligation de soins ne présume pas de l'endroit où doivent être effectués ces soins. Ce peut être dans le service de secteur, comme en libéral ou en clinique privée.

Il existe des organismes qui servent d'intermédiaires entre le psychiatre traitant et le juge dans le cas des soins pénalement ordonnés : ce sont les Services Sociaux Pénitentiaires (*Servicio Social Penitenciario*). Il s'agit d'une équipe de juristes et de travailleurs sociaux qui ont pour rôle le lien entre le juge et le psychiatre traitant pour permettre le bon déroulement des soins pénalement ordonnés pour une personne donnée.

Comme pour l'internement, le JAP doit réévaluer la mesure tous les ans, et peut à tout moment, après l'avis d'un expert, modifier ou arrêter une mesure en cours d'application.

4. Discussion : vers un soin pénalement ordonné idéal

Comme nous avons pu le constater dans cette partie, la question des soins pénalement ordonnés est loin de faire l'unanimité en Europe. Nous avons en effet affaire à un large panel de possibilités que nous allons tenter de discuter dans cette partie. Nous essaierons de dégager les différences essentielles entre ces pays et le système français afin d'en faire une critique.

Cette grande hétérogénéité entre les pays européens évoqués réside tout d'abord dans les différences majeures qui existent entre leurs systèmes législatifs. Les soins pénalement ordonnés n'échappent pas à ce constat, il a donc été nécessaire, pour pouvoir comparer les soins pénalement ordonnés entre ces pays, d'élargir la question à la psychiatrie légale en général.

En effet, trois des pays évoqués, la Belgique, l'Allemagne et l'Italie, ont choisis au début du XX^e siècle de s'orienter vers une justice pénale de Défense Sociale. Comme nous l'avons évoqué, il s'agissait à l'origine d'un mouvement social visant à prioriser la réinsertion des délinquants occasionnels et de protéger la société des délinquants d'habitude. Mais au fur et à mesure des gouvernements, la question s'est plutôt orientée vers la Défense Sociale en tant que telle et a amené à l'exclusion ferme d'une certaine partie des délinquants, et notamment des malades mentaux, pour lesquels une réinsertion était jugée impossible. Des établissements spécialisés ont été créés pour leur accueil, priorisant le sécuritaire au soin.

Si l'on reprend l'évolution des lois de Défense Sociale dans ces différents pays, nous pouvons constater que des mesures d'ordre sécuritaire se sont rajoutées progressivement (durées d'internement plus longues, modalités de sorties plus complexes), souvent suite à des faits divers ayant scandalisé l'opinion publique. Mais récemment, suite à des condamnations de la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans ces différents pays, de nouvelles mesures ont dû être proposées, et les prises en charge de ces condamnés se réorientent vers le soin. Cependant cela ne s'est pas fait de manière simple et fluide. En Belgique par exemple, la modification de la loi de 1964 érigée en 2007 n'a jamais pu trouver de possibilité d'application, et la nouvelle loi ensuite proposée en 2014 aura encore attendu deux ans avant de pouvoir être mise en application. Est-ce du fait d'un système ayant trop privilégié la sécurité et l'ordre que le soin de l'individu ne peut pas aujourd'hui retrouver une place plus importante ? En Italie, nous pouvons constater que pour répondre aux exigences de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, c'est toute l'organisation initiale des établissements de Défense Sociale qui a été remise en question, pour finalement en ordonner la

fermeture et ouvrir de nouveaux établissements avec moins de places disponibles et une priorité faite au soin. Ce mouvement rejoint enfin en Italie celui de la psychiatrie générale qui a fermé ses lits d'hospitalisation. Ce serait peut-être la réponse à apporter en Belgique et en Allemagne.

Dans ces pays sous l'égide de la Défense Sociale, les malades mentaux délinquants avaient été exclus d'une éventuelle réinsertion au début du siècle dernier parce qu'ils étaient jugés incurables. Cette position pourrait peut-être être repensée avec l'avènement des traitements psychotropes et des techniques de soins tels que la réhabilitation qui ont émergé depuis. La question de la médiatisation des faits divers impliquant des malades mentaux mériterait aussi d'être posée. En effet, nous avons pu constater que les mesures sécuritaires d'internement pour les malades mentaux intervenaient le plus souvent suite à de tels événements. Serait-ce donc pour répondre à l'opinion publique que les malades mentaux délinquants n'auraient pas accès à un suivi et une réinsertion ?

Nous avons pu constater que dans ces pays ayant suivi le modèle de Défense Sociale, l'idée de Soins Pénalement Ordonnés tels que nous les entendons en France, c'est-à-dire de soins psychiatriques ambulatoires ordonnés par la justice, n'a pas été retenue, mis à part le cas de la libération conditionnelle, de la médiation pénale ou du suivi probatoire en Belgique, mais sur un temps court. Ceci peut se comprendre par l'argument cité précédemment de l'incurabilité théorique des malades mentaux, ou par une pression exercée sur les prises en charge médicales, la société ne tolérant aucun risque de dangerosité ou de récidive, ce qui ne permet pas d'imaginer une réinsertion dans la société de manière parfaitement sécurisée. Tilo Held [27], évoque le fait qu'en Allemagne, l'idée de soins pénalement ordonnés avait été proposée mais n'a pas été retenue pour deux raisons principales. Pour lui, si des soins sont jugés nécessaires, c'est qu'il s'agit d'une situation de crise indiquant une hospitalisation. Il pense par ailleurs que des soins ordonnés par la justice entraînent une notion de contrainte pouvant intervenir dans la relation médecin-patient. C'est un argument que nous avons déjà évoqué dans la critique des soins pénalement ordonnés en France, qui revient donc ici pour la situation en Allemagne, et que nous serons amenés à discuter par la suite dans ce travail.

Un autre modèle de psychiatrie légale est celui qui a été évoqué pour la Suède. Il ressemble en quelque sorte à celui de la Défense Sociale dans le sens où les soins qui sont ordonnés pénalement sont essentiellement des soins institutionnels, et les soins ambulatoires ne font pas partie des possibilités. Mais une différence essentielle existe cependant : la place du soin. En effet, les établissements dans lesquels les condamnés sont placés sont des établissements de soins, où le personnel est essentiellement médical. Peut-être peut-on rapprocher ces services des Unités pour

Malades Difficiles (UMD) qui existent en France et dans lesquelles sont placés certains malades mentaux jugés dangereux. En Suède cependant, la formation du personnel est étoffée pour prendre en charge une population de malades mentaux délinquants. Cette qualification supplémentaire du personnel semble très intéressante, au vu de la spécificité des personnes reçues. L'expertise psychiatrique est aussi considérée de manière très spécifique en Suède avec la possibilité d'une évaluation clinique pluriprofessionnelle, approfondie sur plusieurs jours, permettant de fournir à la Justice un rapport détaillé sur la clinique du malade, bien que celui-ci ne soit pas déposé à l'oral par le psychiatre lors du procès du sujet.

En Suisse, en Angleterre et en Espagne, la législation permet d'ordonner des soins psychiatriques ambulatoires que nous comparerons avec ceux existant en France.

Une différence majeure est le fait que dans ces trois pays, un seul type de soins pénalement ordonnés en ambulatoire existe, et non trois comme en France. Les juges ont donc à se préoccuper uniquement de l'indication de ces soins, sans avoir en plus à choisir entre une palette de mesures.

La Suisse présente une particularité concernant les SPO, c'est qu'ils sont applicables dès le début de la peine, y compris si une privation de liberté en établissement pénitentiaire est ordonnée. Ce n'est pas le cas en France où il est jugé non-éthique d'ordonner des soins quand une peine de privation de liberté maximale est posée. Les prisonniers débutent souvent des soins dès la prison puisque des « incitations » aux soins existent. Ces incitations aux soins sont-elles plus éthiques quand elles mettent pour condition un suivi psychiatrique en détention pour bénéficier de remises de peine supplémentaires ? Elles poussent les patients à débiter des soins, qui ne seront cependant pas reconnus ensuite dans leurs SPO, qu'il devront instaurer à l'extérieur. Est-ce que de débiter les soins en détention permettrait de mieux organiser la continuité des soins des détenus qui est actuellement peu exemplaire en France ? Est-ce que cela permettrait de mieux utiliser et développer les soins psychiatriques qui existent déjà en prison, qu'ils soient généraux (consultations pluridisciplinaires) ou spécialisés (groupes de paroles thématiques en fonction des infractions) ? De plus, le début des soins dès la détention, permettrait-il un apaisement psychique plus précoce, et peut-être ainsi une diminution du risque de récidive à la sortie ? Ces questions sans réponses précises actuellement mériteraient à notre sens d'être étudiées plus en profondeur. Elles ont d'ailleurs été soulevées par le rapport français de 2009 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et sociale des PPSMJ [14] (voir supra), qui préconise un début des soins dès l'incarcération.

Outre les différences entre les modèles de psychiatrie légale de ces sept pays, il existe aussi une hétérogénéité dans les indications des soins ordonnés par la justice, c'est-à-dire les types de pathologies visées par les soins pénalement ordonnés. Concernant les indications d'internement en hôpital psychiatrique ou en établissement psychiatrico-judiciaire, la principale indication est le trouble mental grave, et ce dans tous les pays étudiés, y compris la France. Dans certains pays, c'est le cas de l'Allemagne, de l'Italie et de la Suisse dans cette étude, il est possible également d'imposer un traitement en institution pour des cures de désintoxication chez les délinquants toxicomanes. Pour ce qui est des soins pénalement ordonnés en ambulatoire, les indications sont par contre très différentes entre les pays. En Espagne, il s'agit des personnes ayant des troubles mentaux mais qui ne risquent pas de peine de prison. En Suisse, il s'agit des personnes ayant des troubles mentaux graves ou des problématiques addictives, et en Angleterre, comme en France, les indications sont encore plus larges puisqu'elles comprennent les troubles mentaux graves, les addictions et certains troubles graves de la personnalité.

Que peut-on tirer de cette comparaison pour améliorer les SPO en France ?

Malgré les tentations fortes, la France n'a pas suivi au début du XX^e siècle ses voisins Belges, Allemands ou Italiens et n'a pas adopté le modèle de Défense Sociale. Nous pouvons nous dire qu'au vu des évolutions récentes très sécuritaires de ces systèmes et des condamnations multiples par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, le modèle français, bien que critiquable sur certains points, n'ait pas à regretter ce modèle de soins.

La question de la formation du personnel soignant soulevée par l'exemple de la Suède paraît par contre intéressant. En effet, la Suède a estimé, probablement à juste titre, que les malades mentaux qui passent à l'acte présentent des profils distincts et nécessitent des compétences particulières pour leur prise en charge. Ainsi, une formation spécifique pour ce type de clinique est proposée aux soignants, ce qui leur permet une expertise clinique fine en amont du procès pour évaluer la responsabilité du sujet et l'indication éventuelle de soins en institut spécialisé.

Ceci est très différent de la France, puisqu'il n'existe pas d'orientation systématique vers des structures de soins spécifiques pour les sujets condamnés présentant des troubles mentaux (même s'il existe des lieux de soins spécifiques dans les cas complexes : UMD, UHSA), ni pour les sujets condamnés à des SPO. Ainsi, les soignants qui reçoivent ces patients n'ont pas nécessairement de formation adaptée, et s'il existe quelques formations sur la psychiatrie légale en France, leur accès

est souvent limité. La généralisation d'une formation des professionnels ou la possibilité d'adresser les PPSMJ vers des soignants formés et donc sensibilisés à cette question paraîtrait intéressante pour optimiser leur prise en charge. Une première expérience a été réalisée dans ce sens dans le Morbihan où un secteur de psychiatrie hospitalier a mis en place un dispositif d'accueil de PPSMJ [38]. L'objectif de ce dispositif est de permettre une évaluation approfondie de la situation du condamné par la récupération de l'ensemble des pièces judiciaires nécessaires et par des entretiens cliniques avec le sujet. En fonction de cette évaluation est discutée et définie en équipe une proposition de soins la plus adaptée possible, celle-ci pouvant se faire au sein de ce dispositif ou dans un autre établissement de soins adapté. C. Le Bodic et al. qui sont à l'origine de ce service, estiment qu'il s'agit d'un dispositif intéressant pour l'accueil des PPSMJ. La formation approfondie en psychiatrie légale des professionnels de ce dispositif, et en particulier leur connaissance des modalités complexes des SPO, permet un accueil et une évaluation plus appropriés des PPSMJ. Ainsi la prise en charge proposée est mieux adaptée au sujet, y compris pour les personnes sous OS qui n'ont, pour un grand nombre, pas été vues par un psychiatre avant l'ordonnance de soins. Cependant, les auteurs soulignent que les liens entre le soin et la justice, s'ils peuvent être améliorés par ce type de structure, restent complexes et continuent d'entraver certaines prises en charge.

La complexité de la législation française est donc mise en avant, y compris par les personnes qui se spécialisent sur ce sujet. Nous avons vu que les SPO existant dans les autres pays connaissent une modalité unique. Ceci vient reposer la question déjà soulevée dans la première partie de la multiplicité des mesures de SPO en France qui rendent complexe leur ordonnance, leur mise en application et leur suivi. L'Angleterre est l'exemple d'un pays où les indications pour les SPO sont assez larges, et la seule modalité existante est le CTO qui s'applique pour tous les délinquants. Il serait peut-être intéressant de pouvoir s'en inspirer en France.

Une autre question soulevée par cette étude sur la législation dans les autres pays européens est celle du début de la mesure de SPO. Il semblerait en effet plutôt intéressant de pouvoir débiter les soins dès le début de l'incarcération, comme cela est pratiqué en Suisse, et en favoriser la continuité entre les différentes structures de soins intervenant dans la prise en charge d'un sujet. C'est une idée qui a été proposée par les différents rapports parlementaires en France et qui pourrait avoir du sens du point de vue psychopathologique pour débiter plus précocement le travail de prévention de récidive attribué aux soins.

Ainsi, cette étude des cadres législatifs de sept pays européens permet d'imaginer des améliorations possibles et réalisables concernant la législation française actuelle sur les SPO. Tout d'abord, nous pouvons affirmer que la possibilité de soins pénalement ordonnés en ambulatoire est une richesse sur le plan législatif et il semble intéressant de pouvoir maintenir cette alternative possible aux soins en hospitalisation complète. Cependant, l'existence d'une seule modalité de SPO pourrait en simplifier l'ordonnance par la justice, et l'injonction de soins paraît la plus aboutie sur le plan législatif en France. Elle pourrait cependant être améliorée sur certains points : la faire débiter dès l'incarcération, maintenir une expertise psychiatrique pour son indication (quitte à renforcer cette expertise avec une évaluation pluridisciplinaire), mieux former les professionnels du soin et de la justice confrontés à ces prises en charge et surtout renforcer au mieux les liens entre eux.

Cependant, deux questions importantes relevées dans ces parties restent en suspens. La première concerne la demande du patient qui n'est pas un critère principal pour l'indication des SPO : restent-ils tout de même pertinents de ce fait ? La deuxième question qui s'est posée jusqu'ici est celle des indications : outre les maladies mentales graves, où l'idée d'apporter des soins paraît évidente dans tous les pays, quelles autres indications peuvent se justifier ?

Nous allons pour cela aborder les deux indications principales pour lesquelles des soins sont pénalement ordonnés en France, à savoir les auteurs de violences sexuelles et les troubles addictifs, et en questionner la pertinence d'un point de vue clinique et psychopathologique.

Tableau 1. Récapitulatif des cadres législatifs français et européens concernant les Soins Pénalement Ordonnés.

	<i>Allemagne</i>	<i>Belgique</i>	<i>Italie</i>	<i>Suisse</i>	<i>Angleterre</i>	<i>Suède</i>	<i>Espagne</i>	<i>France</i>
<i>Régime politique</i>	République	Monarchie constitutionnelle	République	République	Monarchie constitutionnelle	Monarchie constitutionnelle	Monarchie constitutionnelle	République
<i>Modèle de justice</i>	Continental	Continental	Continental	Continental	Common Law	Continental	Continental	Continental
<i>Défense sociale</i>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
<i>Expertise</i>	Privée	Privée	Privée	Privée	Privée	Étatique	Privée	Privée
<i>Responsabilité pénale malades mentaux</i>	- Non-imputabilité - Imputabilité atténuée	Irresponsabilité pénale	Irresponsabilité pénale	Irresponsabilité pénale	Irresponsabilité pénale	- Pas d'irresponsabilité pénale - Pas de peine de prison	- Irresponsabilité pénale - Responsabilité atténuée	- Irresponsabilité pénale - Responsabilité atténuée
<i>Mesures d'internement existantes</i>	- Hôpital psychiatrique - Structure spécialisée - Détention si pas d'irresponsabilité totale	- Annexe psychiatrique en prison - Établissement de santé sociale - Hôpital psychiatrique général	Établissements spécialisés : REMS	- Hôpital psychiatrique - Établissement spécialisé pour troubles addictologiques	- Hôpital psychiatrique	- Institut de psychiatrie légale - Unité de support en détention	- Hôpital psychiatrique pénitentiaire - Hôpital psychiatrique classique	- Hôpital psychiatrique - Unité pour Malades Difficiles
<i>Durée de l'internement</i>	Indéterminée	Indéterminée	Dépend de la durée de la peine théoriquement encourue	- Inférieure à 5 ans, renouvelable - Internement à vie possible	- Limitée, fixée par le juge - Cour de la Couronne : peut ordonner un internement illimité	Indéterminée	Inférieure à la peine de prison encourue	Indéterminée
<i>SPO ambulatoires</i>	Non	Non	Non	- Oui - 5 ans maximum, renouvelable - Applicables pendant la mesure de restriction de liberté	- Oui - Community Treatment Order - Maximum 12 mois, renouvelable	Non	- Oui - Maximum 5 ans, renouvelable - Intermédiaire santé/justice : Servizio Social Penitenziario	- Oui - 3 types - durée déterminée par le juge - intermédiaires possibles santé/justice
<i>Indications</i>	- Maladies psychiatriques caractérisées - Addictions	- Maladies psychiatriques caractérisées - Trouble de la personnalité antisocial	- Maladies psychiatriques caractérisées - Addictions	- Maladies psychiatriques caractérisées - Addictions - Trouble grave de la personnalité	- Maladies psychiatriques caractérisées - Addictions - Troubles de la personnalité	- Maladies psychiatriques caractérisées	- Maladies psychiatriques caractérisées	- Maladies psychiatriques caractérisées - Addictions - Troubles de la personnalité

III. Quelles justifications psychopathologiques à l'injonction de soins chez un auteur de violences sexuelles (AVS) ?

Pourquoi s'intéresser particulièrement dans ce chapitre aux auteurs d'agressions à caractère sexuel ? La réponse réside tout d'abord dans l'histoire des SPO. En effet, l'IS qui, nous l'avons vu, reste le SPO qui semble le plus réfléchi actuellement sur le plan légal, a été initialement instaurée pour cette population. De plus, d'après les données épidémiologiques, et notamment le « Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins » [7] de l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires de février 2011, 90% des injonctions de soins sont prononcées pour des auteurs de violences sexuelles. C'est donc encore la population principale concernée par l'injonction de soins, et c'est pourquoi nous nous questionnerons dans cette partie sur l'intérêt de promulguer des soins aux AVS en particulier.

Prenons en introduction à cette partie le cas de Monsieur A., rencontré alors qu'il est déjà suivi dans le cadre d'une injonction de soins depuis sept ans au centre ERIOS à Bordeaux, qui est un service de soins spécialisé dans la prise en charge des AVS, mais aussi dans la formation et le conseil aux professionnels prenant en charge ces sujets. Il a été condamné à une IS dans le cadre d'un SSJ suite à sa deuxième condamnation pour viol sur femme adulte.

Mr. A. a environ cinquante ans quand nous le rencontrons, il est plutôt timide et réservé et de bon contact, peut-être un peu obséquieux. Issu d'une famille nombreuse, il parle d'une « enfance heureuse », il raconte pourtant un père dépendant à l'alcool et violent et une mère peu protectrice. Il semble par contre bien s'entendre avec ses frères et sœurs, même si avant le suivi il n'a plus de contacts avec la plupart d'entre eux. Ses parents décèdent à quelques mois d'intervalle alors que le patient est un tout jeune adulte, le père d'un cancer qui semble être la conséquence de ses consommations d'alcool, et la mère d'une insuffisance rénale terminale, maladie évoluant depuis de nombreuses années déjà. La scolarité du patient est chaotique, avec des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement. Il sera hospitalisé à deux reprises à l'adolescence en psychiatrie pour troubles du comportement, dont une fois suite à un incendie volontaire. Cependant à l'âge adulte il trouvera toujours facilement des petits boulots. Il décrit un parcours de petite délinquance à partir de treize ans, mais n'a jamais été l'objet d'arrestation ou de condamnation. Mr. A. évoque avec gêne son parcours relationnel, il pourra cependant mentionner sa première relation sexuelle à l'âge de seize ans (ponctuelle), et une fille dont il était amoureux vers dix-neuf ans mais qui l'avait

rejeté, ce qui l'avait profondément vexé et frustré. Il n'a pas eu ensuite de relation (ni sexuelle ni sentimentale) jusqu'à ses vingt-neuf ans, âge auquel il rencontre une jeune femme avec laquelle il se met en couple pendant deux ans, dont sa première année de prison.

Mr A. a donc commis deux viols sur femme adulte. Voici le récit qu'il peut faire de ces deux infractions. La première victime est la meilleure amie de sa compagne, il la croise à plusieurs reprises et lui prête assez rapidement des intentions de séduction et de provocation à son égard. Alors qu'il apprend que cette jeune femme a un compagnon, il décrit un sentiment de colère et de jalousie. Un soir, alors qu'il est alcoolisé, il se rend au domicile de cette amie, sachant à l'avance qu'elle serait seule, avec l'intention d'avoir un rapport sexuel avec elle. Celle-ci s'y oppose, il la violente et la force à ce rapport sexuel. Il est arrêté dès le lendemain et reconnaît les faits. Il est condamné à dix ans de prison dont deux avec sursis, il sort au bout de sept ans d'incarcération.

Le deuxième acte a lieu un an et demi après sa sortie. Entre les deux, il retrouve rapidement un appartement et un emploi par l'intermédiaire d'une association de réinsertion. Cependant, du fait de la reprise de l'alcool, d'un isolement important avec de mauvaises fréquentations, il décrit progressivement une tension interne qui augmente, avec des sentiments d'injustice et de frustration importants. Il évite au maximum les contacts avec les femmes. Devant des difficultés sociales, il commence à fixer son attention sur une voisine, il finit par se faire expulser de son logement et peu après recroise cette fille en compagnie d'un homme qu'il soupçonne être son petit-ami. Ce dernier événement semble précipiter son passage à l'acte puisqu'il décide ce jour-là d'avoir prochainement une relation sexuelle avec cette fille lui aussi. Il tentera deux fois de pénétrer à l'intérieur de son domicile alors qu'il est alcoolisé, mais des événements extérieurs l'en empêcheront, à la troisième tentative, il s'introduit chez cette voisine et la contraint à un rapport sexuel. Il est de nouveau arrêté dès le lendemain et avoue les faits, il est condamné cette fois-ci à dix ans de prison ferme assortis d'un suivi sociojudiciaire de dix ans avec IS. Il ne sera pas du tout suivi en prison puisqu'il n'en fait pas la demande et débutera ses soins quelques mois après la sortie de détention, en CMP d'abord puis sera rapidement orienté vers un centre de soins spécialisés dans la prise en charge des AVS.

Mr A. n'a donc pas demandé de soins psychiatriques en détention, et lorsqu'il est rencontré par le service, il est réticent au dialogue et ne voit pas l'intérêt d'un suivi. Il ne veut tout d'abord pas revenir sur les faits, pense qu'il ne récidivera pas, et ne pense pas que les soins peuvent l'aider en quoi que ce soit. Il les vit comme une stigmatisation.

Mr A., par ces propos initiaux, illustre typiquement la présentation de la plupart des AVS lors de leur premier contact avec les soins. En quoi est-ce donc intéressant de tout de même contraindre ce patient (et les autres AVS) à des soins psychiatriques ? Nous allons essayer de trouver des éléments de réponse dans cette partie.

1. Les données psychopathologiques

a) Les classifications internationales

La justice a décidé d'ordonner des soins aux personnes condamnées pour violences sexuelles, mais est-ce une maladie ? Nous pouvons nous interroger sur les catégories diagnostiques existant pour les AVS dans les classifications internationales. Il n'y a pas de profil pathologique décrit pour cette population, l'accent est mis sur la question de l'attirance sexuelle déviante et sur l'acte commis.

La Classification Internationale des Maladies, dans sa dixième version (CIM-10), très utilisée en France, propose au sein du chapitre « Troubles mentaux et troubles du comportement » un sous-chapitre intitulé « Troubles de la préférence sexuelle ». Parmi ces troubles nous retrouvons certaines catégories pouvant faire l'objet de condamnations judiciaires :

- Fétichisme : « Utilisation d'objets inanimés comme stimulus de l'excitation et de la satisfaction sexuelle ».
- Exhibitionnisme : « Tendance récurrente ou persistante à exposer les organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit ».
- Pédophilie : « Préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge pré-pubère ou au début de la puberté ». Il est nécessaire pour poser le diagnostic de constater une tendance prédominante ou persistante pour cette préférence sexuelle.

Les autres catégories citées dans ce chapitre sont le travestisme fétichiste, le voyeurisme, le sadomasochisme, les troubles multiples de la préférence sexuelle. Il est à noter que l'inceste n'est pas une catégorie à part entière dans la CIM-10, elle est reliée à la pédophilie.

Le DSM-V, de son côté, utilise le terme de « paraphilie » (ou « paraphilic disorders » dans sa version anglaise). Il est précisé dans cet item que la plupart des personnes ayant un intérêt sexuel atypique ne présentent pas de pathologie psychiatrique. Pour qu'une paraphilie soit diagnostiquée, il faut retrouver l'un des deux critères suivants :

- Éprouver une détresse personnelle liée à cet intérêt sexuel atypique, ne résultant pas uniquement de la désapprobation de la société, ou
- avoir un désir ou comportement sexuel impliquant la détresse psychologique, des blessures ou la mort d'une autre personne, ou un désir de comportement sexuel impliquant des personnes qui ne sont pas consentantes ou en incapacité de donner leur consentement éclairé.

La notion de trouble personnel a donc été ajoutée par rapport à la version précédente du DSM (DSM-IV-TR). Les catégories concernées sont alors notées avec le terme de « trouble » les précédant : « trouble masochiste sexuel », « trouble fétichiste », « trouble du transvestisme », etc.

Les classifications diagnostiques internationales n'évoquent donc pas les agressions sexuelles comme un diagnostic psychiatrique, elles ne mentionnent que les troubles sexuels déviants. Concernant cette approche des agresseurs sexuels par les classifications internationales, C. Balier [39] fait remarquer qu'il s'agit d'une approche se centrant uniquement sur le problème de l'orientation et de la pulsion. C'est pour lui un raccourci qui évite la réelle complexité psychique sous-jacente à la problématique des violences sexuelles. Nous verrons plus loin quelle en est sa lecture personnelle. Il remarque également que le terme de « perversion », source de nombreux débats, n'est pas présent non plus dans les classifications et donc sa définition reste toujours floue et source d'interprétations différentes dans la communauté psychiatrique.

Une revue récente de la littérature sur les soins pénalement ordonnés [40] permet d'avoir une idée des diagnostics relevés chez les AVS suivis pour Injonction de Soins. L'étude retrouve pour 19 à 43,8% d'entre eux un diagnostic de l'axe I du DSM, comprenant souvent moins de 10% de psychoses, le reste étant des troubles de l'humeur. La majeure partie des AVS présente des troubles de la personnalité, et pour quasiment la moitié d'entre eux une addiction à une substance psychoactive, l'alcool le plus souvent. Certains patients en IS n'ont aucun diagnostic de maladie psychiatrique caractérisée, seulement des traits de personnalités pathologiques.

Il est une population à part entière parmi les auteurs de violences sexuelles qui attire l'attention des pouvoirs publics et des soignants, du fait d'une augmentation des dénonciations pour

violences sexuelles ces dernières années, ce sont les adolescents. Nous consacrerons un chapitre de cette partie à la psychopathologie de ces adolescents qui passent à l'acte sur le plan sexuel.

b) Les AVS ayant une pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM

Il existe un certain nombre de personnes qui passent à l'acte sur le plan sexuel pour qui un diagnostic de trouble psychiatrique de l'axe I est identifié. Ce peut être celui de psychose ou de trouble de l'humeur, que le diagnostic soit connu antérieurement ou découvert au moment du passage à l'acte, et que le sujet soit ou non en décompensation à ce moment-là.

Il est noté dans certaines études sur les pathologies psychiatriques des AVS [41],[42] que les auteurs de violences sexuelles ayant un diagnostic de l'axe I ont souvent des comorbidités psychiatriques associées, parmi elles une personnalité psychopathique ou une dépendance à l'alcool au premier plan.

Il est courant dans la pratique de la psychiatrie d'imposer des soins à des sujets présentant des diagnostics psychiatriques du registre de la psychose ou des troubles de l'humeur, via des hospitalisations sous contrainte notamment. Depuis la loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation sous contrainte des malades mentaux, il est maintenant également possible d'imposer des soins sous contrainte en ambulatoire à des malades si leur état clinique le rend nécessaire pour leur santé [43]. Le fait d'imposer des soins pour ces patients n'est pas ou très peu remis en cause par la communauté médicale. Ces patients ayant une pathologie psychiatrique, pouvant potentiellement être source de mal-être et/ou d'auto- ou hétéro-agressivité, doivent bénéficier de soins en psychiatrie, en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

Une question peut par contre se poser : vu qu'il existe déjà un cadre légal pour l'encadrement des soins ambulatoires sous contrainte pour ces personnes, est-ce subtil de leur ordonner une injonction de soins, et donc un cadre légal différent, plus complexe à mettre en place et déjà saturé ?

Comme nous avons pu le constater dans l'épidémiologie ci-dessus, les maladies psychiatriques de l'axe I concernent moins de la moitié des sujets auteurs de violences sexuelles. La majorité des AVS reçoivent au moment de l'expertise ou au cours du suivi l'étiquette de troubles graves de la personnalité, de dépendance à une substance, ou n'ont pas de diagnostic posé. C'est pour cette population, qui est plus floue et très hétérogène, que la question de soins psychiatriques

ordonnés semble être la plus problématique pour les soignants et la plus polémique. En effet, ce sont souvent des sujets qui, comme Mr. A., se retrouvent en consultation alors qu'ils n'ont pas de trouble psychiatrique caractérisé, pas de demande de soins particulière et qui réclament essentiellement leur attestation de suivi. De ce fait leur prise en charge questionne encore bon nombre de psychiatres. Existe-t-il des arguments psychopathologiques permettant de justifier l'ordonnance de soins psychiatriques pour ces sujets ?

c) *Troubles de la personnalité chez les AVS*

i. Le Rapport de recherche de 1996

C'est cette population particulière qui interroge à partir des années 1980 les autorités publiques, suite à plusieurs scandales révélés dans la presse. À partir de 1993, le gouvernement se penche sur « l'angoissant problème que pose à notre société la récurrence de personnes appréhendées par la justice pour avoir commis des violences de nature sexuelle, dirigées en particulier contre les enfants. » [44]. Un texte de loi est proposé en 1994 pour ordonner des soins aux AVS, mais face à une violente critique, de la part du corps médical notamment, le texte n'est pas approuvé. Le gouvernement commande alors plusieurs rapports ou études d'experts afin de pouvoir mieux comprendre la problématique et élaborer une loi pouvant répondre au mieux à cette idée de prévention de la récurrence. C'est le rapport de C. Balier, A. Ciavaldini et M. Girard-Kayat [45], rendu en novembre 1996, qui sera le plus complet et le plus abouti et conduira à la loi sur l'injonction de soins du 17 juin 1998.

Il s'agit d'une étude expérimentale proposant de se rendre au contact de la population des AVS incarcérés. C. Balier a établi avec son équipe un questionnaire nommé QIPAAS (Questionnaire d'Investigation pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles), qui a été proposé à cent-soixante-seize AVS dans dix-huit SMPR et centres de détention en France. Une cohorte de trente-deux sujets témoins a également été incluse dans l'étude (sujets incarcérés pour actes de violences physiques, sans violences sexuelles). Les objectifs de cette recherche sont énoncés comme suit : « développer une meilleure compréhension de ce type de criminalité et donc une meilleure efficacité thérapeutique ». L'espoir à terme étant de « réduire le taux de récurrence par le développement de protocoles d'aide et de suivi thérapeutique de l'agresseur, définir des critères de « bons répondants » à un traitement psychique, mettre en lumière les éléments prédictifs des conduites délictueuses de cet ordre ». L'hypothèse de départ de cette recherche est formulée ainsi :

« Le délit sexuel n'est pas exclusivement l'œuvre de personnalité à organisation « perverse » mais appartient à un tableau économico-dynamique complexe dont il constitue, à un moment donné, un point de rupture mais peut-être aussi une ultime tentative de mise en forme de ce qui n'a pu venir se représenter psychiquement. L'acte délictueux ne doit pas masquer ce qu'il représente pour le sujet qui l'accomplit, à savoir la mise en œuvre d'un mécanisme de sauvegarde psychique et non un simple système de réponse à une excitation. Il serait le signe d'un inachèvement des processus de transitionnalité psychique ».

Voyons après cette brève présentation les résultats obtenus par cette recherche.

La première partie de ce rapport évoque tout d'abord le regard que portent les AVS sur leur passage à l'acte, sur l'acte en tant que tel mais aussi sur leur victime.

Un des premiers thèmes abordés est la question de la reconnaissance de l'acte chez les AVS. Balier et al. proposent dans ce rapport quatre catégories de reconnaissance du délit :

- *Oui totalement* : « le sujet reconnaît totalement le délit, il est en outre conscient que celui-ci représente le signe d'un dysfonctionnement lié à un ensemble de facteurs internes et externes ».
- *Oui partiellement, niveau 1* : « le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et/ou il se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive ».
- *Oui partiellement, niveau 2* : « le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux ».
- *Non* : « négation totale du délit ».

Moins d'un agresseur sur deux reconnaît totalement les faits. Les auteurs ont identifié que le fait d'avoir été soi-même victime d'agression sexuelle dans l'enfance est source d'une meilleure reconnaissance du délit chez les AVS. Inversement, l'alcoolisation au moment de l'acte entraîne une baisse de reconnaissance des faits, l'alcool étant souvent une manière de se déresponsabiliser pour les AVS.

Le fait de reconnaître les faits est à différencier de la reconnaissance des dommages sur la victime. En effet, ceux-ci sont souvent très peu reconnus, il arrive même que les sujets parlent de la victime comme étant « consentante » ou « séductrice ». Ceci est un moyen de détourner la culpabilité vers la victime, ce qui correspond pour les auteurs à un mécanisme de défense qui est

antérieur à la projection. Il y a chez ces sujets une indifférenciation dedans-dehors qui entraîne un déni de l'autre. La victime est niée en tant que sujet spécifique porteur d'altérité et d'histoire propre. Ainsi, elle peut être chosifiée, ce qui permet à l'auteur de l'identifier comme la source de ses propres pulsions. Cette annulation de l'altérité entraîne aussi chez les AVS une non-reconnaissance des signes de refus de la part des victimes. Ce mécanisme permet également pour les auteurs de comprendre l'organisation psychique de l'agresseur : il semble incapable de mettre en représentation psychique l'émergence d'une excitation. Il se retrouve alors complètement désorganisé par cette excitation qui devient une menace, celle-ci étant non représentable et le sujet disposant de faibles capacités d'inhibition de son excitation. Le passage à l'acte devient alors l'urgence pour une recherche d'apaisement.

La recherche s'est intéressée aux caractéristiques de l'acte et de ses différentes composantes. Avant le passage à l'acte, il existe plusieurs facteurs déclenchant ou attitudes repérables. En effet, 40% des sujets identifient que l'acte a lieu dans une période particulière de leur vie (rupture, changement important...). Ceci indique pour les auteurs la « difficulté processuelle que rencontrent ces sujets à traiter psychiquement la perte ». Environ un tiers des sujets passe à l'acte sous l'emprise de l'alcool (ce qui est source de déresponsabilisation). Dans la moitié des cas, les sujets identifient que l'acte a lieu à partir d'une impulsion. Il est à noter que 20% des sujets n'ont pas su dire s'il y avait eu une impulsion ou pas, ce qui montre qu'ils ne savent pas identifier les pulsions internes. Dans ce cas, l'impulsion semble surgir brusquement et s'imposer au sujet qui n'a d'autre possibilité que d'agir. Les AVS décrivent alors fréquemment un ressenti proche de la dépersonnalisation, ils se sentent agis. Cet envahissement par le pulsionnel entraîne un sentiment de non-contrôle de l'excitation sexuelle, le sujet se sent piégé par elle. Il se produit alors pour le sujet une faillite des limites du Moi qui conduit au passage à l'acte qui vient ici faire office de sauvetage psychique pour le sujet.

L'acte en lui-même procure essentiellement pour les sujets un apaisement (78%). La notion de plaisir est présente chez 59% des sujets, celle de dégoût chez 28% et d'insatisfaction chez 25% d'entre eux. C'est donc l'apaisement qui est le plus souvent recherché, ce qui est en cohérence avec ce que nous venons d'expliquer ci-dessus.

Presque 70% des sujets disent ressentir de la honte et/ou de la culpabilité. Il est remarqué que la différenciation entre ces deux termes est difficile, et souvent ces réponses sont plaquées, semblant faire suite au procès. C'est souvent la honte de ne pas avoir pu se contrôler qui est

exprimée, et ce sont les conséquences personnelles qui sont le plus redoutées, les conséquences sociales notamment. Les conséquences pour la victime sont plus difficilement identifiées. Beaucoup de sujets ont un sentiment d'être eux-mêmes victimes (concernant les événements eux-mêmes ou des événements de vie). Plus d'un agresseur sur trois se dit soulagé par l'arrestation. Ils identifient en général leur comportement comme n'étant plus supportable mais n'arrivant plus à l'arrêter. Ils parlent de perte de contrôle, et le soulagement est souvent en lien avec une demande de changement.

Le rapport montre que chez les récidivistes, il y aurait une volonté de changement exprimée, apprise des précédentes condamnations, afin d'éviter de revivre la détention. Cependant cette volonté exprimée ne se retrouve pas dans la pratique puisqu'il n'y a, dans la majorité des cas, aucune démarche entamée par ces sujets dans le sens du changement. Ce qui semble difficile pour eux, c'est de repérer leur propre fonctionnement, de comprendre qu'il s'agit d'un fonctionnement source de souffrance pour eux et de dangerosité pour les autres. Lorsqu'ils sortent du cadre pénal ou judiciaire, ils ne tentent pas de démarche à l'extérieur, démarche dont ils ne saisissent pas le bien-fondé pour eux, ils se retrouvent alors de nouveau « face à leur malaise interne avec aussi peu de moyens psychiques d'y faire face qu'avant ». Il est parfois remarqué dans la récidive que si le premier délit n'a pas été jugé suffisamment apaisant pour le sujet, il peut y avoir une escalade dans les conduites. Les sujets utilisent une excitation de plus en plus importante pour calmer l'excitation interne diffuse et toujours présente.

Après s'être intéressés aux liens entre l'agresseur, son acte et sa victime, les auteurs font un retour sur la personnalité des AVS.

Concernant leur histoire, il est repéré chez un nombre significatif d'AVS une tendance précoce et plus importante à la cruauté, notamment sur les animaux. Les AVS ont souvent eu dans leur enfance des troubles du sommeil et des angoisses importantes, centrées le plus souvent sur la problématique familiale et des représentations parentales angoissantes. Il est à noter que plus d'un tiers des AVS ont été eux-mêmes victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance (83% d'entre eux dans l'enfance et 17% à l'adolescence), et dans trois quarts des cas, celles-ci ont été multiples ou répétées. Les agresseurs étaient dans un cas sur quatre un membre de la famille, dans la moitié des cas une personne étrangère mais connue de la famille et c'était un inconnu dans un quart des cas. Enfin, parmi ces agressions vécues dans l'enfance, un tiers ont consisté en des pénétrations, les

autres en des attouchements ou des fellations imposées. Il a été remarqué dans ce rapport que les AVS qui récidivent sont plus fréquemment ceux qui ont été agressés sexuellement dans l'enfance.

Beaucoup d'AVS ont connu des ruptures familiales précoces : divorce des parents avant l'âge de douze ans pour 57% d'entre eux, et seuls 40% d'entre eux ont toujours été élevés par leur famille d'origine. 25% ont été placés avant l'âge de douze ans, dont 13% avant un an. Beaucoup ont connu des décès parentaux précoces : 25% ont perdu leur mère avant l'adolescence et 13% ont perdu leur père avant treize ans. Il est intéressant de noter qu'un tiers de ceux ayant perdu leur père dans l'enfance expriment une indifférence affective concernant ce décès. Pour les auteurs, ceci peut être rapporté soit à un déni de la réalité, soit à une anesthésie des affects, et peut expliquer l'indifférence vis-à-vis de leur victime. Un tiers des AVS a connu un décès dans la fratrie, décès qui est souvent survenu peu avant ou peu après leur propre naissance. Des séparations familiales longues ont parfois également eu lieu du fait d'une maladie grave chez l'un des parents. Enfin, concernant leur relation avec leurs parents, les auteurs rapportent que les auteurs d'incestes déclarent souvent s'être sentis humiliés par leur père alors que les auteurs de viol déclarent dans 11% des cas s'être sentis humiliés par leur mère.

Plus de la moitié des AVS présentent des angoisses importantes. Les plus fréquentes sont les angoisses d'abandon et de ne pas être reconnu. Il y a souvent une crainte excessive des figures d'autorité. L'angoisse est souvent diffuse et latente, sans réelle organisation phobique. Ceci signerait pour les auteurs une difficulté de représentation psychique. Il est repéré chez les AVS une grande dépendance à l'environnement : ils s'avèrent être très sensibles aux événements extérieurs et présentent souvent des troubles de l'adaptation. Cette grande dépendance à l'environnement est signe pour les auteurs d'une faible potentialité dépressive et d'un pare-stimuli peu efficace. Ils se retrouvent sous l'influence importante du présent, de l'actuel. Les AVS présentent très souvent des difficultés relationnelles qui sont liées selon eux à une peur des autres et un sentiment important d'infériorité. Les AVS ont souvent des difficultés professionnelles du fait de conflits qui témoignent d'une rigidité importante, ce qui entraîne une fréquente instabilité dans leurs emplois. Ils décrivent peu de conflits familiaux, mais ont souvent des difficultés relationnelles importantes avec leurs pairs, et ce dès l'adolescence, notamment concernant les rapports amoureux. Ce sont souvent des sujets assez solitaires, mais solitude qui est bien vécue selon eux.

L'activité onirique des sujets a été étudiée, elle est pour les auteurs « à la fois un observateur et un indicateur de la capacité de mentalisation d'un sujet ». Ils ont retrouvé chez les AVS une

grande pauvreté représentative du matériel onirique. La structure fonctionnelle du rêve et son contenu sont très indigents. Les sujets ayant subi des traumatismes dans l'enfance les revivent souvent par l'intermédiaire de rêves répétitifs. Il est remarqué que les sujets pédophiles ou incestants présentent plus fréquemment des rêves où figurent des enfants, sans scénario particulier associé. L'étude de l'activité onirique des AVS montre leur grande difficulté à engrammer la montée d'excitation interne qui fonctionne comme un traumatisme.

Chez trente sujets rencontrés au cours de cette recherche, une passation d'épreuves projectives a été réalisée (Rorschach et TAT) afin d'explorer plus en profondeur leur personnalité.

Ceux-ci retrouvent tout d'abord une grande variabilité interindividuelle. Il n'y a pas de catégorie nosographique déterminée pour les AVS, et surtout il est impossible de faire un rapprochement systématique entre AVS et « pervers ». Les tests n'ont retrouvé aucune organisation névrotique franche, ils ont mis en évidence quelques organisations psychotiques franches, quelques organisations narcissiques, en échec la plupart du temps (les défenses narcissiques n'étant pas suffisantes à la stabilité des enveloppes psychiques) et essentiellement des organisations états-limites avec une grande dépendance à l'objet mais selon des modalités qui varient considérablement d'un sujet à l'autre, et chez qui les mécanismes de défense antidépressifs sont systématiquement inefficaces. Les auteurs font l'hypothèse que le passage à l'acte tiendrait lieu de système antidépressif chez ces sujets.

Dans un second temps, la passation des tests retrouve une grande variabilité interindividuelle entre les résultats du Rorschach et du TAT. Ceci viendrait confirmer l'idée d'une grande dépendance de ces sujets à l'environnement extérieur. Ils surinvestiraient l'enveloppe perceptive dans le but d'exercer une emprise sur les stimuli et de s'agripper à la réalité extérieure. Cette emprise par le percept réduit les capacités de déploiement de la scène projective, ainsi les capacités de déplacement et de scénarisation sont réduites.

Les tests mettent en évidence plusieurs modalités de traitement des pulsions chez les AVS. Pour une partie d'entre eux, les mouvements pulsionnels ne sont pas représentables. Pour une autre partie des AVS, la représentation des mouvements pulsionnels agressifs est amorcée mais ne peut pas être exprimée sauf de manière fragmentaire. Par contre, aucun lien n'est fait entre les affects et les représentations pulsionnelles quand elles existent, ou alors de manière très partielle. La nature des angoisses des AVS a été explorée, ainsi que leurs défenses possibles pour y faire face. Il est

constaté qu'à l'angoisse de castration se superposent l'angoisse de la perte d'objet et de la perte d'amour de la part de l'objet. Ceci montre que l'explication de la perversion ne suffit pas pour rendre compte de l'organisation psychodynamique de ces sujets. C'est la confrontation à l'Imago féminine-maternelle qui désorganise la majeure partie des sujets étudiés. Les affects sont souvent soit déficitaires, soit débordants, mais le plus souvent primaires relevant du pur registre de la sensorialité. Quant à l'objet primaire, il apparaît comme manquant chez la plupart des sujets. La fonction de pare-stimuli et de holding, défaillante, n'a pas permis la constitution d'un objet interne stable. Par conséquent, face à la séparation, aucun appui sur un objet interne stable n'est possible et l'agrippement à la réalité extérieure est massif. Cependant la position dépressive est impossible à élaborer pour ces sujets. Les mécanismes de défense sont très archaïques chez les AVS. Le recours notamment au clivage ou au déni est massif et se retrouve chez l'ensemble des sujets. La répression est également un des principaux mécanismes de défense chez les AVS. Le sujet est dès le début de la vie sous l'influence de l'environnement. La pauvre capacité de régression, l'impossibilité de s'appuyer sur un cadre institutionnel (milieu carcéral par exemple qui n'a aucun effet de contenance psychique chez les AVS), la répression des affects de colère et de violence en tant qu'affects identitaires donnent parfois à ces sujets un aspect de passivité totale alors que l'on a affaire à une intense répression psychique.

La recherche ainsi menée s'est également intéressée à l'évolution des sujets à l'âge adulte, questionnant notamment l'insertion des sujets dans la société, sur le plan social et professionnel.

Les AVS ont le plus souvent une bonne intégration sociale tant sur le plan du logement que sur le plan familial, amical voire même associatif où ils occupent parfois des postes à responsabilité. Ils ont le plus souvent une vie relativement stable. Sur le plan sexuel, 80% d'entre eux expriment avoir une vie sexuelle régulière, qui est jugée satisfaisante pour la majorité d'entre eux. Ils décrivent le plus souvent cette sexualité sur son versant quantitatif, faisant le lien avec leurs « besoins ». Ils ont une activité masturbatoire souvent importante que les auteurs relient à une capacité moindre de refoulement.

Pour conclure sur leur insertion sociale jugée relativement bonne, les auteurs font l'hypothèse que les AVS ont une bonne capacité pour reproduire des modèles d'adaptation sociale, mais ne semblent pas en avoir intériorisé véritablement les données structurelles psychiques. Il s'agirait donc chez ces AVS d'une capacité de modelage plutôt qu'une capacité réellement intégrative.

Enfin, dans une dernière partie, le rapport de recherche évoque les observations des soignants en lien avec l'outil utilisé pour cette recherche, à savoir le QIPAAS.

La crainte initiale des équipes était que ce questionnaire soit trop intrusif. Il est constaté à l'inverse qu'il n'est pas effractant, et que c'est au contraire un outil pertinent de mise en mots des actes et des vécus psychiques qui restaient souvent dans l'ombre des entretiens. La possibilité pour le sujet de mettre en récit son acte peut être considérée, selon les auteurs, « comme une prémice favorable à l'appropriation de son acte par le sujet ». Pour les auteurs encore, le QIPAAS fonctionne comme un « surmoi » extérieur. Il est constaté que la mise en parole par les sujets, bien qu'elle soit forcée, n'entraîne pas chez eux d'effondrement et leur permet une expérience thérapeutique. Le QIPAAS permettrait donc pour le sujet d'aller vers la représentation et la symbolisation : « La mise en représentation, le travail de représentance, auquel tout sujet dans son histoire se trouve confronté, nécessite une négociation de la violence. La parole, à ce titre, est toujours "forçage". Symboliser suppose, en effet, une "absence" de l'objet, à sa place c'est une représentation qui s'y substitue dans le psychisme. Toute nomination repose donc sur la faculté de supporter, de traiter la disparition de l'objet du champ de la perception afin qu'il réapparaisse, sous forme d'un symbole, dans la psyché et son appareil mnémonique. La symbolisation va donc de pair avec la problématique de la disparition. Or, la disparition est toujours violence faite au sujet, c'est le confronter à l'insupportable du manque, non pas tant de l'objet, mais du manque à être. Lui proposer de nommer c'est le confronter à cette violence qu'il n'a pu traiter et qui, du moins en faisons-nous l'hypothèse, a enclenché le passage à l'acte, voir la répétition de l'acte délictueux entraînant la récidive. Passer à l'acte, c'est éviter dans un champ focal précis, le travail psychique de la symbolisation. Ainsi, questionner représente certes un "forçage", voire une violence, mais une violence symbolique nécessaire sans laquelle ces sujets ne pourraient se confronter au travail de la représentance ». Le QIPAAS vient jouer le rôle de tiers dans la relation entre le soignant et l'AVS, c'est par lui que les questions sont posées et à lui que le sujet répond. Il vient ainsi renforcer la contenance psychique par l'écoute et par son rôle de médiateur potentiel à la fois dans la relation thérapeutique, mais aussi entre le sujet et son acte. Ceci permet de réinscrire l'acte dans un circuit d'historisation sociale.

Le questionnaire semble également utile au soignant pour passer de la représentation sociale de délinquant sexuel à l'émergence du sujet et de sa souffrance. Son acte n'est alors plus son emblème identitaire mais devient signe de sa souffrance interne en attente de représentation.

L'impensable devient alors béance narcissique et preuve d'un inachevé identitaire. La contenance psychique permet à l'acte d'horreur de devenir « blessure à penser ».

La passation du QIPAAS a mené à une demande de soins pour un AVS sur deux. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que les demandes de soins spontanées des AVS habituellement, ce qui amène les auteurs à penser que c'est la passation du test qui conduit le patient à la demande de soins. Donc chez ces sujets, il ne s'agit pas d'attendre une demande de soins psychiques, il faut impérativement chercher à la susciter.

Cette recherche a conduit les auteurs à plusieurs conclusions et recommandations majeures dans ce rapport.

Les auteurs isolent tout d'abord cinq grands indicateurs significatifs de bonne réponse à une prise en charge de type psychothérapique :

- « Le fait que le sujet reconnaisse totalement le délit qui lui est reproché » ;
- « le fait de se sentir « anormal » au moment de l'acte » ;
- « la présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de leur acte » ;
- « lorsque l'arrestation est verbalisée comme soulageant le sujet » ;
- « la reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte ».

L'expression d'une honte ou d'une culpabilité, n'étant pas en lien avec une bonne réponse à la thérapie, peut cependant selon les auteurs être une bonne possibilité d'accroche aux soins.

Partant du constat que la demande de changement n'est effective que durant la prise en charge judiciaire et/ou pénale, il semblerait perspicace d'initier un processus de soins au cours de l'incarcération en développant par exemple des opportunités de rencontre avec les équipes de soins psychiatriques, notamment en début de détention.

Du fait de la grande sensibilité remarquée de ces sujets à leur environnement, les auteurs recommandent d'instaurer un suivi postpénal qui serait judiciairement contrôlé et qui devrait durer le temps que le sujet ne manifeste pas de changement psychique. Ce suivi pourrait avoir un effet contenant essentiel.

Des aménagements spécifiques de la prise en charge thérapeutique de ces patients sont proposés afin de s'adapter aux mécanismes de défense repérés chez ces sujets. Il paraît nécessaire d'imposer la parole à ces sujets (via un questionnaire préétabli par exemple). La mise en place d'une supervision pour les soignants semblerait également essentielle pour mettre en évidence les effets contre-transférentiels et les mécanismes de défense dans la relation soignants-soignés.

Il semble important pour les auteurs de libérer le thérapeute de liens directs avec la justice bien que la pression judiciaire soit essentielle au travail thérapeutique. Ils proposent donc l'insertion d'un tiers, un médiateur, dans la relation thérapeute-justice. Ce dernier pourrait décider d'un recours à la justice en cas de non-suivi régulier de la thérapie par le patient et pourrait évaluer l'évolution psychique du sujet, permettant ainsi de prendre la décision de la levée de la mesure de soins.

Les auteurs terminent ainsi leur rapport : « Pour peu que l'on se donne la peine de poursuivre un suivi initié pendant le temps de la peine, au dehors, et d'entendre nos propositions, alors pourra-t-on espérer voir réellement baisser les récidives des sujets sortants ».

Ce sont donc ces observations psychopathologiques et ces conclusions qui ont mené à la mise en place de l'injonction de soins dans la loi de 1998. L'injonction de soins a ainsi permis la rencontre plus importante et plus fréquente par les thérapeutes de ces AVS, et entraîné la poursuite et l'approfondissement des premières observations psychopathologiques effectuées par Balier et al. Nous allons voir en quoi elles confortent encore l'idée d'un intérêt de l'injonction de soins en suivant les grands axes d'analyse proposés par Balier et al. dans leur recherche.

ii. La reconnaissance de l'acte

Reprenons ici le cas de Mr. A. présenté au début de cette partie. Nous avons vu que lorsqu'il évoque les faits, il ne les nie pas, reconnaît une préméditation, et lorsqu'il se fait arrêter, il n'a jamais cherché à nier les faits. Par contre, il les minimise souvent. Tout d'abord, au début du suivi, il met la responsabilité sur ses consommations massives d'alcool et sur sa dépendance. Il aura d'ailleurs pendant les premiers temps du suivi un suivi parallèle en addictologie, faisant l'hypothèse que c'était cette addiction et ces alcoolisations qui avaient entraîné ses passages à l'acte. Il ne reconnaît pas de cause interne aux agressions. Il faudra plusieurs années de suivi pour qu'il puisse admettre avoir un rôle propre et ne pas évoquer uniquement l'alcool comme responsable de ses actes. De plus, notamment pour la première victime, il lui attribue des attitudes de provocation à

son rencontre, et même s'il peut dire qu'il avait évité à plusieurs reprises de se retrouver seul avec elle, ayant peur de « faire une bêtise », il mettra tout de même en avant que cette attitude provocante a été une des motivations de son passage à l'acte. Il n'identifie pas non plus les conséquences possibles sur ses deux victimes de ses passages à l'acte. Quand il parle des conséquences, il évoque les conséquences pour lui, et notamment l'incarcération. Le fait de vouloir éviter à tout prix une nouvelle incarcération sera rapidement identifié dans le soin comme l'une des principales motivations pour le suivi. Il évoque également les conséquences sur sa mise à l'écart dans la société : plus de travail et éloignement relationnel. Les éventuelles conséquences psychiques sur les victimes, il n'en parlera quasiment jamais, même au bout de sept années de suivi. La reconnaissance de l'autre semble donc encore très précaire chez Mr A.

Un autre sujet, Mr. C., condamné pour plusieurs viols et agressions sexuelles sur mineurs de quinze ans intra- et extra-familiaux, une jeune fille (la sienne) et de jeunes garçons de son entourage. Il réalisera ses actes sur une période de trois ans, et c'est un de ses neveux qui finira par dénoncer les faits. Le sujet, lorsqu'il est arrêté, nie totalement les faits et dénonce une manipulation de son ex-épouse dont il vient récemment de se séparer. Cependant, devant la multiplication des victimes retrouvées au cours de l'instruction et les témoignages de ces enfants qui l'accablent, il finira par reconnaître les faits. Il dit qu'il lui aura fallu attendre l'instruction mais surtout la condamnation pour réaliser qu'il avait commis ces actes, et surtout pour se rendre compte de leur ampleur. Au départ, il n'en assume pas la responsabilité et la projette sur sa femme, expliquant qu'il s'est toujours senti rabaissé par elle. Cependant, ceci évoluera au cours du suivi. Il débute en effet une thérapie avec un psychiatre au SMPR durant son incarcération, qu'il demandera à poursuivre avec le même thérapeute à la sortie de détention dans le cadre de son IS. Il évolue dans son discours, assumant mieux la responsabilité de ses actes. C'est en évoquant pour la première fois avoir été lui-même victime d'une agression sexuelle pendant son service militaire qu'il finira par évoluer sur la reconnaissance des conséquences possibles sur les victimes, et à l'inverse de Mr. A, il aboutira à un réel sentiment de honte et de culpabilité, pouvant exprimer des mots très durs à son rencontre. Par contre, à aucun moment durant le suivi, le patient ne pourra expliquer le fait qu'il soit passé à l'acte sur des mineurs, niant absolument le fait d'être attiré par des enfants, et refusant catégoriquement le terme de pédophile.

Enfin, toujours pour évoquer les différents rapports des AVS à la reconnaissance de leurs actes, nous évoquerons le cas de Mr. E, qui a été condamné à une peine d'incarcération pour des viols sur un mineur de quinze ans ayant la particularité d'être un enfant handicapé. Il est le fils

d'amis à lui, couple avec qui il a également des rapports sexuels dans des soirées où ils visionnent ensemble des films pornographiques. Mr. E. présente une enfance carencée avec de multiples ruptures. Il se décrit comme étant homosexuel, et décrit la relation avec ce jeune enfant comme étant consentie avec un vécu de relation amoureuse. Il reconnaît tout de même le caractère légal interdisant ce genre de relation. Il n'admet cependant aucune conséquence négative possible pour la victime, y compris la contamination possible du fait de sa propre séropositivité. La condamnation et l'incarcération ne feront pas évoluer son point de vue. Dans ce contexte, il est très revendiquant concernant le SSJ et l'IS qui lui sont ordonnés. Il semble être sensible au cadre de l'IS et le respectera, mais l'alliance thérapeutique sera cependant très précaire tout au long du suivi. Il se présente alternativement soit avec une attitude de défiance remettant en cause la loi et estimant sa peine bien trop lourde par rapport à ses actes, ou à l'inverse il se tiendra en position de repli, attitude dépressive et inhibée, refusant le dialogue. Les consultations où il évoquera son histoire ou son vécu seront rares, et il y aura peu d'élaboration associée à ces révélations. Il exprimera très clairement à la fin de l'IS qu'il ne souhaite pas poursuivre le suivi, contrairement à Mr. A. et Mr. C., qui eux sont plutôt volontaires pour maintenir cette relation qu'ils investissent comme une relation étayante.

Dans la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 sur la psychopathologie et les traitements actuels des AVS, E. Archer [46] propose une classification un peu différente de celle de Balier pour la reconnaissance des faits en cinq points :

- 1. « Le sujet affirme que les faits n'ont jamais eu lieu, et, par exemple, qu'il est victime de l'accusation mensongère d'une enfant manipulée, alors qu'un divorce est imminent, en cours ou récent ».
- 2. « Le sujet reconnaît avoir eu un comportement qui aurait pu prêter à équivoque, mais nie toute préméditation sexuelle, voire toute connotation de conduite sexuelle ».
- 3. « Le sujet reconnaît avoir eu des contacts sexuels avec la victime, mais en refuse le caractère criminel ou délictueux, du fait notamment de l'assentiment implicite de la victime, ou de la banalisation de l'acte ».
- 4. « Le sujet reconnaît les faits comme étant anormaux, voire délictueux, mais les explique, sinon les justifie par des facteurs extérieurs qu'il ne comprend pas et ne cherche pas à comprendre, mais qui entraînent de véritables accidents ne correspondant pas à sa vraie personnalité et de toute manière – il en est certain – ne se reproduiront pas, même sans intervention médicale ou judiciaire ».

- 5. « Le sujet reconnaît avoir commis un délit ou un crime et s'interroge sur les déterminants, internes ou externes, personnels et environnementaux, du passage à l'acte ».

Cette classification ajoute donc un point supplémentaire à celle proposée par Balier, séparant ce que Balier avait appelé *la reconnaissance partielle niveau 2* en deux points distincts. Ceci permet d'ajouter une nuance entre la négation totale, affirmant souvent être victime et la reconnaissance d'un contact sexuel avec la victime. Pour E. Archer, l'établissement de ces catégories permet de préciser le degré de déni des faits chez le sujet dans le but d'évaluer la possibilité d'une relation thérapeutique. La reconnaissance de l'acte étant un a priori nécessaire au travail thérapeutique.

D'après cette classification, nous pouvons estimer que Mr A. se trouve dans la quatrième catégorie pour la reconnaissance des faits au moment de sa rencontre avec le service. Il reconnaît les faits comme étant anormaux mais les met sur le compte de ses alcoolisations, et pense qu'avec l'arrêt de l'alcool il ne recommencera plus. Selon cette classification, l'alliance thérapeutique semble envisageable puisqu'il y a une reconnaissance des faits assez importante. Et en effet, Mr A., très fermé lors des premiers rendez-vous, acceptera progressivement de livrer certains éléments, sa version des faits notamment, et reconnaîtra ses difficultés relationnelles notamment avec les femmes. Ce seront les premiers points d'accroche qui lui feront accepter, au bout de six à sept consultations, l'idée d'un suivi prolongé dans le service.

Pour ce qui est de Mr. C, contrairement à Mr. A, lorsqu'il est arrêté il nie totalement les faits et peut donc être classé dans la première catégorie de cette classification. Cependant, son positionnement évolue suite à l'instruction et à la condamnation, où il reconnaît les faits, même s'il les banalise et a du mal à en reconnaître l'ampleur. Tout de même, cette nouvelle reconnaissance que l'on peut classer dans le stade 4, permet de créer une accroche avec les soins, et notamment avec le psychiatre du SMPR avec qui il engage un suivi qu'il investira beaucoup et durablement. Celui-ci sera source, tout au long de la thérapie, d'une évolution de son regard sur les faits et sur les conséquences pour les victimes. Nous pouvons ici insister sur l'importance de la condamnation chez certains sujets pour modifier la reconnaissance des faits et permettre l'initiation d'un suivi. Il serait illusoire d'imaginer que les soins aient pu débiter avant la condamnation avec Mr. C, le déni des faits l'aurait probablement amené à éviter tout abord de ses antécédents et de ses difficultés, empêchant ainsi tout travail thérapeutique.

Enfin, pour ce qui est de Mr. E., nous avons pu constater qu'il reconnaît parfaitement les faits, mais la reconnaissance de leur caractère criminel lui échappe totalement, ainsi que la reconnaissance des conséquences sur la victime. Il y a donc chez Mr. E. une part de déni très importante. Nous avons pu constater qu'elle influe sur la possibilité d'alliance thérapeutique, et ne permettra pas l'instauration d'une relation de soins étayante pouvant conduire à une évolution personnelle du sujet.

E. Archer propose une autre forme de déni, qui pourrait être mise en lien avec le point 4 de sa classification. Il évoque en effet le fait que certains AVS reconnaissent les faits, mais une fois en thérapie, ils s'appuient non plus sur des facteurs externes pour les expliquer, mais des facteurs internes qui sont apportés la plupart du temps par le thérapeute. Ce sont par exemple la notion de pulsions internes, de dérèglement des mécanismes hormonaux, etc. Le sujet les met en avant sans chercher à les comprendre ou à tenter d'agir sur eux, et les utilise comme des excuses à ses passages à l'acte. Il se positionne comme sujet agi en dehors de sa propre volonté et aucun travail ne peut être alors effectué avec lui dans cette position.

Concernant le défaut de reconnaissance des conséquences sur la victime, les analyses ayant succédé au rapport de Balier confortent l'idée d'une incapacité à apprécier l'altérité chez la victime. *C'est ce que nous avons pu constater chez Mr. A.* V. Moulin et Y. Morhain [47] proposent des explications psychopathologiques complémentaires à ce constat.

Selon eux, ceci est d'abord dû au fonctionnement psychopathologique du sujet lui-même qui présente une défaillance narcissique ou identitaire. Les sujets ont présenté dans leur développement des troubles de l'individuation et de la séparation. Ils n'ont alors pas pu construire des objets internes suffisamment solides, ce qui fait craindre pour ces derniers une menace constante d'effacement. C'est pourquoi les AVS vont avoir tendance à sur-investir plutôt des objets externes. Ils n'ont cependant pas non plus de représentation interne satisfaisante. Les AVS sont donc de ce fait très dépendants à leur environnement externe. Les limites internes et externes sont de plus souvent floues et poreuses, et les pare-excitations fragiles, ce qui entraîne chez les AVS une vulnérabilité vis-à-vis des stimuli extérieurs. Tout ceci explique donc l'extrême dépendance des AVS à leur environnement à la fois source de stabilité par le choix d'un objet externe, mais aussi de risque d'effondrement en cas de stimuli trop intenses. Nous pouvons donc comprendre que la relation à l'autre est forcément impactée par ce fonctionnement. Les AVS vont, pour faire face à cette fragilité, créer ce que D. Houzel [48] appelle une « aire intermédiaire » située dans son environnement mais

sur laquelle il se donne l'impression de contrôle. Cet environnement doit pouvoir s'adapter à ses besoins et suppléer aux défauts de construction psychique interne. Pour pouvoir assumer cette fonction d'aire intermédiaire, cet environnement doit donc pouvoir rester figé et ne surtout pas subir de modification. Si ce n'est pas le cas, le sujet peut alors être soumis à des angoisses majeures d'effondrement.

Nous comprenons donc mieux, avec ce modèle de fonctionnement utilisant une aire intermédiaire, à quel point un AVS peut se retrouver fragilisé en cas de modification de son contexte de vie, et notamment tout type de rupture qu'elle soit familiale, professionnelle ou autre. C'est en fait son aire intermédiaire qui devient hors de contrôle pour lui et bouleverse ses repères. C'est son intégrité psychique entière qui est donc mise en péril.

Pour parer à ces angoisses d'anéantissement, les sujets recherchent un aménagement qui permet la restauration psychique. Cet aménagement est le plus souvent répétitif dans le temps. C'est le cas de l'agression sexuelle chez les récidivistes. On retrouve ici la notion que Balier nomme le « recours à l'acte » [49]. Le passage à l'acte à caractère sexuel n'a ici pas pour objectif un plaisir sexuel, mais vient protéger le sujet d'un effondrement narcissique. Dans ces moments de crise, la victime peut être choisie dans son environnement, soit comme faisant déjà partie de son espace intermédiaire et il modifie ses liens à cet objet externe, soit il en désigne une en fonction de ce qu'elle renvoie au sujet (vulnérable, ou à l'inverse adulée, méprisée, etc.). Si elle est dans l'espace intermédiaire du sujet, la personne doit être immuable et pouvoir se soumettre aux besoins du sujet. Pour pouvoir maintenir ces critères, et utiliser la personne comme objet de son propre maintien narcissique, le sujet a recours à la chosification et dénie toute altérité chez cette personne. Pour ce faire le sujet utilise des mécanismes de défense tels que la projection, la dévalorisation, etc. La négation de l'autre comme sujet apparaît donc bien ici comme un mécanisme nécessaire à sa survie psychique. Les auteurs de l'article parlent de « recours à la victime dans l'acte » [47].

Nous pouvons ici de nouveau citer le cas de Mr. A. pour expliciter cette idée. En effet, Mr. A. est un récidiviste, et nous pouvons constater un cheminement similaire dans les deux passages à l'acte. Il y a tout d'abord des désagréments dans sa vie sociale (notamment perte du logement avant le deuxième passage à l'acte), puis la découverte d'une relation sentimentale chez une femme qu'il commence à repérer dans son entourage et sur qui il dit « fixer » ses idées. C'est alors que survient l'idée de l'acte, il ne peut pas supporter de ne pas pouvoir lui aussi profiter du corps de cette femme. Elle est chosifiée, comme faisant partie de son environnement, et soudain son contrôle

échappe à Mr A., ceci étant révélé par l'apparition du petit ami. Ceci est intolérable pour lui, et en réparation il envisage le viol, sans se soucier du consentement de la victime. Seuls son apaisement et sa satisfaction sont visés dans cet acte.

Un autre lien que l'on peut faire avec la non-reconnaissance des conséquences de l'acte sur les victimes pour ces AVS, c'est leur faible capacité à reconnaître leurs propres affects.

Nous avons évoqué plus haut le cas de Mr. E. ayant commis des viols à répétition sur un mineur handicapé. Il n'a jamais évoqué de honte ou de culpabilité au cours du suivi, ne reconnaissant jamais ne serait-ce que la possibilité d'une souffrance pour la victime. Qu'en est-il de son propre vécu concernant les émotions ? Il s'agit d'un patient qui présente un léger retard intellectuel qui ne lui permet pas une grande élaboration et qui rend difficile ses capacités à s'exprimer. Il se place de ce fait souvent dans une position défensive. Il évoquera très peu son passé, et le plus souvent ce sera de manière factuelle sans pouvoir y adjoindre un ressenti. Lors du suivi qu'il supporte peu, il évoquera régulièrement des idées suicidaires, le plus souvent sous forme de menaces, mais ne pourra pas là-encore parler de son vécu manifestement dépressif en évoquant des émotions. Ce vécu dépressif semble passer plus volontiers par l'intermédiaire d'une agressivité ou de plaintes somatiques, il mentionne en effet des « chutes », ou des « pertes de contrôle » de son corps sans explication somatique sous-jacente retrouvée. Ainsi, Mr. E. semble en difficulté pour représenter et transmettre verbalement des ressentis internes qui semblent pourtant intenses et sources de souffrances pour le sujet. Mais cette souffrance n'étant pas reconnue, elle ne peut être exprimée, ni celle le concernant, et encore moins celle concernant sa victime.

L'incapacité à reconnaître ses affects est une dimension qui avait déjà été évoquée dans le rapport de 1996, et qui a été approfondie par la suite, notamment par A. Ciavaldini [50]. Cette non-reconnaissance des vécus affectifs indique pour Ciavaldini le peu de capacité de mise en représentation de ces sujets. La non-reconnaissance de l'affect vient souvent d'une transmission générationnelle. L'enfant dès le plus jeune âge a des perceptions qui ne sont pas transformées en affects identifiables, et donc non représentables dans le psychisme. Or la reconnaissance de ces affects permet la subjectivation de Soi, et par extension de l'autre également. Ceci entraîne une non-reconnaissance de l'identité subjective humaine, ce qui expliquerait le défaut de reconnaissance des affects chez l'autre et de la violence induite au moment du passage à l'acte. Il est ainsi impossible pour ces sujets dans un premier temps de pouvoir imaginer les conséquences réelles de leur acte sur la ou les victimes.

Une étude récente [51] ayant étudié les capacités d'empathie et de reconnaissance émotionnelle chez l'autre de la part des AVS a été menée par l'intermédiaire de la capacité narrative de ces sujets. En effet, les auteurs ont constaté que le discours des sujets et leur mise en récit de saynètes est un bon marqueur pour étudier leur relation au temps, à la causalité ou à l'attribution d'un état émotionnel. Il ressort de leur étude trois groupes chez les AVS avec différentes capacités narratives. Il se trouve que chez la majorité d'entre eux, les capacités de reconnaissance des affects ou de l'intentionnalité de l'autre sont perturbées, ce qui confirme bien ce qui a été énoncé plus haut.

Ainsi, cette non-reconnaissance de ses propres émotions et de celles de la victime, avec toutes les conséquences associées, peut être un argument en faveur du déni et de la non-reconnaissance d'un trouble ou d'une souffrance. Ceci peut donc expliquer l'absence de demande de soins par les AVS, qui ne voient pas, dans la majorité des cas, ce que pourrait leur apporter le soin.

iii. La question de la motivation aux soins

Dans son rapport d'expert dans la Conférence de Consensus des 22 et 23 novembre 2001 [46], Evry Archer souligne qu'« il est généralement admis que la légitimité et l'efficacité du soin dépendent de la motivation du sujet ».

Il propose cependant des raisons qui peuvent parfois expliquer cette absence de motivation, dont le sujet a conscience mais qu'il ne livre pas forcément spontanément au thérapeute : des « difficultés de verbalisation » pouvant être liées à un faible niveau socio-économique, à son appartenance socio-culturelle ou à une alexithymie fréquemment retrouvée dans la clinique des AVS. Le patient peut aussi avoir « du mal à imaginer qu'on peut changer quelque chose rien qu'en parlant », enfin il peut aussi avoir « une confiance très forte [...] dans [sa] propre capacité à éviter tout seul la récurrence ». Ce sont là des raisons qui peuvent être travaillées en thérapie, par exemple par une approche de type motivationnelle.

Certains auteurs [52] ont proposé d'adapter le modèle de thérapie motivationnelle à la population des AVS dans le cadre notamment de l'IS.

L'approche motivationnelle a été décrite par plusieurs auteurs. Miller et Rollnick [53] tout d'abord ont proposé un modèle qui comporte trois stades principaux vers la motivation au changement :

- *Avoir envie* : il correspond au désir du sujet de modifier son comportement. Pour ce faire, le sujet doit avoir pris conscience de l'écart entre sa vie réelle et sa vie souhaitée. Il souhaite alors se rapprocher de ses souhaits.
- *Être capable* : correspond à la phase où le sujet identifie des moyens concrets qu'il peut mettre en pratique pour aller vers ce changement.
- *Être prêt* : le changement devient une priorité pour le sujet dans sa vie actuelle et il se décide donc à mettre en œuvre les stratégies de changement imaginées précédemment.

Cette évolution vers la motivation au changement n'est pas forcément linéaire, et le cercle proposé par Prochaska et Diclemente [54] semble plus complet. Il comporte sept étapes : le *stade de précontemplation*, le *stade de la contemplation*, le *stade de la préparation*, le *stade de l'action*, le *stade du maintien* et alors interviennent soit la *sortie définitive*, soit la *rechute*. Selon une étude de McMurren et Ward [55] réalisée en 2004, la majorité des AVS au moment de la rencontre avec le soin sont au stade de précontemplation ou de contemplation. Ce qui suggère qu'ils sont peu avancés dans le processus de changement et le travail sur la motivation sera un préalable nécessaire avant de pouvoir envisager un réel changement.

I Bertsch et J-P. Cano [52] proposent d'adapter ce modèle aux AVS. Ils font une revue des facteurs de motivation pouvant être appréhendés chez les AVS. Parmi eux, ils retrouvent des facteurs liés au sujet lui-même. Ce sont en premier lieu les facteurs socio-démographiques tels que l'âge, l'insertion professionnelle, les revenus, le niveau d'éducation ou la culture. Les traits de personnalité influent également sur la motivation, l'instabilité émotionnelle et la perception d'émotions négatives seraient notamment liées au changement. Enfin, les facteurs cognitifs (distorsions cognitives, manque d'empathie, etc..) et développementaux (mode d'attachement du sujet) sont aussi en lien avec la motivation intrinsèque du sujet à changer.

D'un autre côté, des facteurs de motivation extrinsèques peuvent exister. C'est le cas par exemple de la famille, et notamment le fait d'être marié est un facteur relié à la motivation au changement. La contrainte aux soins par la justice est également un facteur extrinsèque important dans ce chemin vers la motivation.

Enfin, les auteurs proposent certains facteurs en lien direct avec la thérapie et qui peuvent conduire le sujet vers le processus de changement. Le premier point évoqué et primordial est

l'attitude du thérapeute. Celle-ci doit, selon les auteurs, favoriser l'adhésion à la thérapie. Pour cela, le thérapeute doit adopter une attitude positive, les explications concernant la thérapie et ses objectifs doivent être expliqués au patient de manière claire et adaptée, et le moindre effort réalisé par le patient doit être valorisé par le thérapeute. Ensuite, les objectifs fixés doivent venir du patient et non du thérapeute. Ce dernier doit cependant s'assurer que ces objectifs soient en conformité avec le cadre légal et pouvoir le rappeler au patient. Les objectifs proposés par le patient à l'aide du thérapeute peuvent, et doivent même, recouvrir l'ensemble des domaines de la vie du sujet.

Les auteurs insistent sur le fait que pour pouvoir adopter la position la plus adaptée possible, il est essentiel pour les professionnels de se former à la technique de l'entretien motivationnel. L'approche motivationnelle pourrait cibler et profiter notamment aux AVS présentant un déni important des actes et des conséquences sur la victime. Une étude a été réalisée au Canada en 2008 par Marshall et al. [56] ; elle proposait aux AVS à l'entrée en détention un programme préparatoire basé principalement sur les techniques motivationnelles. L'étude avait mis en évidence une amélioration significative pour les sujets ayant suivi ce programme concernant la perception de l'efficacité possible de la thérapie, l'espoir lié à la thérapie et les besoins de changement.

Cette approche semble donc pouvoir être intéressante dans la prise en charge des AVS, notamment au début des soins. Une limite importante à cette approche et soulignée par les auteurs est la différence avec l'addictologie dans la boucle de Prochaska et Diclemente où la récurrence est souvent un passage nécessaire dans l'évolution du sujet addict alors qu'elle doit être absolument évitée chez les AVS, puisqu'elle met en danger d'éventuelles victimes.

Après avoir vu la question des facteurs conscients d'absence de motivation chez les AVS, d'autres raisons de cette absence de motivation peuvent être plus de l'ordre de l'inconscient et avoir un rapport avec la clinique des AVS.

Nous pouvons par exemple faire référence au fait que les passages à l'acte soient pour ces patients des processus auto-calmands, seul moyen qu'ils ont pu mettre en place pour faire face à l'effondrement narcissique et identitaire.

C'est ce qu'explique très bien Mr. A. En effet, il décrit avant ses passages à l'acte une augmentation de la tension interne, il ne sait pas trop l'expliquer ou en identifier la source, mais évoque un sentiment de colère et d'injustice, souvent diffus. C'est dans ces moments-là qu'il semble apporter de l'importance à une femme de son entourage, et fixer son attention sur elle. L'idée du

passage à l'acte est souvent préméditée et semble être liée à l'échec de représentation de sa souffrance et de sa possible fantasmatisation ou sublimation. Le passage à l'acte devient alors la seule possibilité d'apaisement et s'impose à lui comme il l'impose à la victime chosifiée.

P. Bessoles [57] propose plusieurs éléments importants pour expliquer ce « recours à l'acte » éprouvé comme nécessaire chez les AVS. Tout d'abord, comme nous l'avons déjà abordé plus haut, les AVS ont des difficultés à identifier leurs affects et sont ainsi assaillis par des perceptions. Celles-ci peuvent entraîner, en s'accumulant, la naissance de pulsions qui ne sont pas reconnues psychiquement, et sont donc de ce fait ingérables par le sujet. P. Bessoles évoque alors une « emprise pulsionnelle », à laquelle le sujet ne peut se soumettre que par le passage à l'acte qui permet un apaisement temporaire. Outre cette « emprise pulsionnelle », P. Bessoles décrit six autres composantes du tableau clinique de l'AVS [58] que nous allons expliciter brièvement. Tout d'abord *la défaillance fantasmatique* correspond au fait que le fonctionnement psychique du criminel est essentiellement opératoire, il y a un défaut de la fantasmatisation, celle-ci étant souvent pauvre et répétitive. L'élaboration mentale est souvent précaire et l'acte vient tenir lieu de pensée pour le criminel. P. Bessoles affirme ainsi que le « criminel est agi ». Un autre aspect de cette clinique est *l'absence de repères structurants*. Il y a chez le criminel une confusion des rôles qui est due majoritairement à une confusion temporelle. En effet, le sujet est sans cesse assailli par des actualisations de son propre infantile qu'il ne reconnaît pas en tant que tel. C'est particulièrement vrai chez les agresseurs sexuels incestueux qui ne repèrent pas l'interdit de l'inceste et la temporalité générationnelle. P. Bessoles décrit également une *externalisation de la problématique* chez les AVS : « le déni, le clivage, l'isolation, la projection témoignent de mécanismes de défense primaires de l'ordre de l'infantile. » Ils empêchent l'externalisation, ce qui entraîne de gros troubles de la construction identitaire et de la relation objectale. Il y a de plus chez les AVS une *impasse d'objectalisation*. La victime, souvent assimilable à un objet, n'a cependant pas le statut d'objet au sens de la relation objectale. Ceci est dû à une défaillance de la construction du narcissisme primaire, et donc à un défaut de l'unité du Moi. La victime est alors un objet dans son sens ustensilaire ou utilitaire. Il y a eu chez le criminel un défaut du processus de séparation et l'utilisation de la victime comme ustensile en évitant de lui donner une subjectivité propre permet de conserver pour le criminel un semblant de narcissisme primaire. Les AVS présentent également *des carences des enveloppements psychiques primaires*. Ceci est dû principalement à deux aspects distincts. D'une part l'angoisse de séparation, du fait des échecs du processus de séparation/individuation ; de ce fait le criminel ne peut pas avoir accès à une position dépressive par l'impossibilité de la perte de l'objet. D'autre part l'homoérotisme, provenant du fait que le criminel

considère l'autre comme prolongement de soi et possibilité d'apaisement par la mise en acte. Une autre composante de ce tableau clinique est *la propension somatique*. Pour P. Bessoles, certains symptômes tels que les scarifications, les tatouages ou les automutilations sont un signe de la défaillance des enveloppes psychiques primaires et proviennent d'inadéquations dans la relation maternelle primaire. En effet, l'Imago maternelle serait omniprésente et omnipotente, intrusive et aliénante pour l'enfant qui est alors en position de « chose » pour sa mère.

Nous pouvons illustrer certains de ces points en reprenant le cas de Mr. E. De ce que nous avons pu évoquer plus haut pour ce sujet, il existe des carences affectives et éducationnelles importantes du fait de multiples ruptures. Ses parents s'étant séparés quand il était jeune, il a vécu alternativement seul chez sa mère puis chez ses grands-parents. De ce fait, il ne semble pas avoir acquis des repères structurants, et les limites entre les sexes ou intergénérationnelles semblent très floues pour ce patient au vu de ses rapports sexuels multiples avec l'enfant handicapé, mais aussi avec la mère de celui-ci, voire avec le père. De plus au travers de la non-reconnaissance de la souffrance de sa victime (il évoque même son consentement), nous pouvons estimer que l'autre est chosifié et n'a aucune subjectivité propre, il n'est pas reconnu comme un individu en tant que tel et la limite entre son ressenti et celui de l'autre est inexistante. Nous avons pu également évoquer plus haut les difficultés de Mr E. à pouvoir atteindre une position dépressive et son recours à la somatisation. Ainsi, Mr. E., par les nombreuses failles concernant sa construction identitaire, est un exemple flagrant des processus psychopathologiques décrits ci-dessus par P. Bessoles.

Pour P. Bessoles, ces données psychodynamiques sont les principales caractéristiques du tableau clinique des AVS, et peuvent expliquer le « recours à l'acte » pour ces agresseurs comme processus auto-calmant. L'apaisement vient par la convocation d'une excitation extérieure plus importante que l'excitation intérieure ressentie, vécue comme menaçante pour l'intégrité psychique. L'auteur propose en plus de ces données psychopathologiques de prendre en compte trois éléments qui participeraient selon lui à la « psychogénèse du crime ». Ils sont indépendants de la structure psychique du sujet. Il s'agit tout d'abord de la « *forclusion* » de l'imaginaire qui correspond pour l'auteur à l'incapacité du sujet à la représentation, à la fantasmatisation. L'agression à caractère sexuel joue alors le rôle de fantasme mais n'est cependant que « pur réel ». Ainsi, et paradoxalement, un des axes de la psychothérapie est de promouvoir le fantasme chez les sujets, y compris sexuel. Un deuxième aspect de cette psychogénèse est *l'homoérotisme*. Ceci fait référence à l'absence de différenciation entre l'autre et soi-même et l'utilisation de l'autre comme prolongation de soi. Enfin, P. Bessoles évoque *les impasses de transitionnalité*, reprenant ainsi à son compte un

concept de D.W. Winnicott [59] pour expliquer la confusion des espaces que l'on retrouve chez les AVS. Les espaces entre le Moi et le non-Moi sont agglutinés, les limites entre ces espaces sont floues. Ainsi la victime est une partie du Moi et doit se rendre disponible pour la décharge d'excitabilité nécessaire au sujet.

Ces éléments cliniques et psychodynamiques concernant les AVS peuvent expliquer en partie, nous semble-t-il, l'absence de motivation chez les sujets. Tout d'abord il n'ont pas conscience la plupart du temps de leur fonctionnement qui est bien sûr inconscient et non représentable pour eux. Ensuite, comme expliqué ci-dessus, ils n'ont pas conscience de la souffrance liée à ce fonctionnement, et à l'inverse ces « recours à l'acte » sont souvent vécus pour eux comme source d'apaisement. Ainsi pouvons nous imaginer les fortes résistances à modifier leur principale source d'apaisement.

iv. Les apports des approches cognitives et comportementales

Les premiers comportementalistes qui s'intéressent à la question des agresseurs sexuels dans la deuxième moitié du XX^e siècle [60] proposent un modèle psychopathologique simpliste, prônant comme cause unique de ces agressions une excitation sexuelle déviante. D.R Laws, par exemple, propose plusieurs types d'apprentissages possibles pour l'expliquer. Soit par un conditionnement répondant, qui correspond au fait que suite à un apprentissage, une réponse habituellement déclenchée par un stimulus inconditionnel est déclenchée par un stimulus a priori neutre. Soit encore par un conditionnement vicariant, c'est à dire un comportement observé chez les autres, et si le bénéfice est jugé bon pour les autres, il est ainsi appris et reproduit pour son propre compte. Enfin, une dernière modalité d'apprentissage possible est le conditionnement opérant, c'est à dire que le sujet a un comportement et en analyse secondairement les conséquences. Si elles sont agréables il s'agit d'un renforcement positif qui l'amènera à reproduire ce comportement, si elles sont désagréables, elles tiendront lieu de punition et amèneront le sujet à éviter de reproduire ce comportement à posteriori.

Mais cette vision de l'agression sexuelle par la seule explication de mauvaise gestion d'une excitabilité sexuelle déviante a été rapidement jugée insatisfaisante. Des modèles cognitivistes multifactoriels ont alors vu le jour, s'appuyant sur des explications bio-psychosociales à l'apparition et au maintien de comportements sexuels déviants. À partir de ces courants vont naître deux axes de

travail principaux : la question des distorsions cognitives chez les AVS et le modèle de prévention de la récidive.

Selon O. Vanderstukken et al. [61], les travaux sur les distorsions cognitives chez les AVS ont débuté majoritairement via le courant cognitivo-comportemental, mais ont aussi été initiés par les courants féministes de la seconde moitié du XX^e siècle ayant aidé à une meilleure reconnaissance du viol et de sa représentation dans la société, ainsi que par la littérature criminologique. Les auteurs proposent une définition des distorsions cognitives : « Les distorsions cognitives sont des arguments, des croyances, des pensées sur les comportements sexuels déviants qui ont pour fonction de minimiser, justifier et rationaliser les actions des délinquants ». Les distorsions cognitives entraînent chez les sujets une vision déformée du monde, et notamment des perceptions qu'ils ont des victimes, qui seraient en grande partie en cause dans la genèse du passage à l'acte, mais permettraient également de rendre le passage à l'acte déviant acceptable, voire renouvelable pour le sujet.

Pour évaluer ces distorsions cognitives, les auteurs ont sélectionné deux auto-questionnaires dans la littérature qui leur paraissent les plus complets et les plus performants pour cette évaluation, d'après les études sur la question. Ce sont la MOLEST Scale pour les agresseurs d'enfants et la RAPE Scale pour les agresseurs de femmes adultes, élaborés par Bumby en 1996 [62]. Ils ont eux-mêmes réalisé une étude [61] afin de mettre en évidence une très bonne spécificité des distorsions cognitives observées pour les populations cibles (agresseurs sexuels de femmes adultes pour la RAPE Scale et agresseurs sexuels d'enfants pour la MOLEST Scale). Les auteurs estiment qu'il semble exister un lien fort entre les distorsions cognitives observées chez les AVS et le déni des faits, les troubles dans la reconnaissance émotionnelle et le défaut d'empathie chez ces sujets. Cependant ce lien reste encore, selon eux, à démontrer formellement.

À partir de ces données, les auteurs font l'hypothèse que le traitement de ces distorsions cognitives dans la prise en charge psychothérapique serait une phase essentielle pour éviter le risque de récidive chez ces sujets.

Un autre modèle inspiré du courant cognitivo-comportemental est donc celui de la prévention de la récidive. Il s'agit essentiellement d'une approche thérapeutique qui part du principe que la mise en évidence par le sujet des facteurs le menant au comportement sexuel déviant lui permettra d'élaborer des techniques d'auto-contrôle évitant un nouveau passage à l'acte. Ce modèle

s'appuie essentiellement sur l'élaboration de la « chaîne délictuelle » chez le sujet. Elle est décrite dans la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 par Cosyns et al. [60]. Selon eux, le sujet ne repère pas initialement cette chaîne délictuelle et il ne s'explique pas ce comportement qui semble venir de nulle part. Cependant, progressivement, le travail peut le conduire à identifier des éléments qui sont soit de l'ordre des comportements, soit de l'ordre des affects ou encore de l'ordre du cognitif, et qui interviennent avant le passage à l'acte. Ainsi, leur identification permettra au sujet de pouvoir intervenir dessus et d'arrêter cette mise en route de la chaîne délictuelle avant le passage à l'acte. Parmi ces différents éléments pouvant servir de signal d'alarme au sujet, les auteurs citent par exemple « le déséquilibre du style de vie », « un événement critique », « le besoin de satisfaction immédiate », ou encore « un sentiment d'efficacité personnelle diminué », etc.

Ce travail a été proposé à Mr. A. au cours de son suivi. Il a été long et complexe mais a pu lui permettre, avec l'aide du thérapeute, d'identifier des événements similaires précédant ses deux passages à l'acte et liés à ceux-ci. Ainsi, la première étape qu'il peut repérer chronologiquement, c'est l'apparition d'un sentiment diffus de colère et d'injustice, vis-à-vis d'autres personnes ou de la société en général, ce qui provoque chez lui une tension interne importante. C'est dans ce contexte que survient la deuxième étape, Mr. A. repère dans son entourage une femme qui lui plaît, il décrit alors l'installation d'une « obsession » la concernant et se sent de plus en plus envahi par l'image de cette personne. Cependant ce ne sont que des prémices qui ne sont pas suffisantes à conduire au passage à l'acte. Mr A. identifie ensuite des données contextuelles faisant augmenter la tension interne (telle l'expulsion de son logement avant le second viol par exemple). Mais la prise de décision du passage à l'acte se fait de manière consciente et irrémédiable au moment où il apprend l'existence d'un compagnon pour la femme qu'il convoite. Pour autant l'agression ainsi décidée n'est pas immédiate et impulsive mais calculée, et n'est rendue possible que par une alcoolisation massive qui permet une désinhibition et lève les derniers freins au passage à l'acte. Cette chaîne délictuelle est reconstruite après-coup, après plusieurs années de suivi, et le patient n'a pas identifié immédiatement la chronologie de ces événements, il les cite au fur et à mesure de son suivi de manière indépendante. Il faudra l'aide des thérapeutes pour l'aider à verbaliser ces événements et lui faire prendre conscience de la chronologie de cette chaîne délictuelle. Cette prise de conscience sera d'une grande aide pour Mr A. En effet, lorsqu'il repère au cours du suivi (à ce moment-là il vient en consultation dans le service depuis presque un an) que le fait d'être « obsédé » par une femme de son entourage fait partie d'une étape de la chaîne délictuelle, il pourra évoquer au thérapeute la présence de telles obsessions depuis quelques temps envers une femme qu'il croise régulièrement dans les transports en commun. Ainsi, à la consultation suivante,

le patient expliquera qu'il a pris de lui-même la décision de changer son parcours ou ses horaires de trajet afin d'éviter de croiser cette personne et ainsi cesser d'entretenir ses idées envahissantes concernant cette femme.

Le modèle cognitiviste et comportemental apporte donc lui aussi des éléments pouvant nous permettre de renforcer l'idée que les sujets commettant des agressions à caractère sexuel présentent des éléments cliniques source d'un déni et d'une non reconnaissance des troubles, du fait de leurs distorsions cognitives et de leur incapacité à mettre en temporalité les événements ayant conduit à l'agression sexuelle. Ainsi, ils ne peuvent pas être en mesure de demander de l'aide par le soin, alors même que ce même modèle cognitivo-comportemental apporte des axes de prises en charge thérapeutiques intéressants et concrets.

Ainsi, nous pouvons élaborer un début de réponse sur la question de la demande de soins chez les AVS. Pour A. Ciavaldini [63], « la question de la demande est une fausse question ». Pour affirmer ceci en tête de chapitre de son ouvrage, l'auteur reprend ce que sous-entend la notion de demande de soins. C'est principalement la reconnaissance consciente d'une souffrance, et la possibilité d'accepter une position de passivation source de souffrance et moteur de la demande. Pour A. Ciavaldini, une demande de soins est une demande d'amour et mène à la relation transférentielle. Or tous ces préalables ne peuvent pas pour l'auteur être présents chez les AVS. Tout d'abord, comme nous l'avons déjà vu, la reconnaissance d'une souffrance pour eux-mêmes est complexe chez ces sujets. De plus, la passivation est risquée d'effondrement pour eux, ainsi cette position leur est difficilement acceptable. Enfin, l'expérience relationnelle est souvent traumatique ou traumatisante pour la plupart des AVS, ce qui a pour conséquence le fait que la relation thérapeutique peut être facilement éprouvée comme trop effractante ou intrusive et donc être repoussée par le sujet. Ainsi, les préalables nécessaires à la demande ne sont pas – et ne peuvent pas être – réunis chez les AVS. Pour A. Ciavaldini il est donc clair que l'attitude du thérapeute ne peut pas se situer dans l'attente de la formulation d'une demande de soins. Pour lui, cette demande existe cependant sous une autre forme, elle est exprimée par le « cri de la victime ». La victime de l'AVS porte, pour A. Ciavaldini, à la fois sa propre souffrance, mais aussi celle de l'agresseur. Ainsi, les AVS expriment à leur manière leur souffrance et la projettent. Elles doivent être entendues comme telles et être accueillies afin de pouvoir leur apporter un apaisement différent de celui du passage à l'acte.

2. La prise en charge thérapeutique des AVS

a) L'alliance thérapeutique

Nous avons vu un peu plus haut que la rencontre avec Mr. A. n'a pas été simple et l'alliance thérapeutique n'a pas été immédiate. Il est réticent au suivi et réticent à la parole. Lorsqu'il rencontre le thérapeute d'ERIOS, ce dernier, habitué à ce type de personnalité du fait de sa formation et de sa pratique, lui propose tout de même des rendez-vous réguliers, et va élargir le champ des thèmes abordés au cours des entretiens, évoquant le parcours du patient en général, son parcours en détention et sa situation actuelle. La question des faits ne sera pas mise de côté pour autant, mais le thérapeute attend d'instaurer un climat de confiance, et le début du récit des agressions sexuelles interviendra lors de la sixième consultation. Enfin le patient se livre quelque peu. Il pourra à la consultation suivante admettre certaines de ses difficultés, notamment dans sa relation aux femmes, et admettre essayer de ne pas en croiser et de les éviter du regard. Il est inquiet d'une récidive et d'un retour futur en détention. Ce sont ces inquiétudes, formulées par le patient, qui permettront de créer une accroche avec le service et de l'amener à formuler une demande de soins. Il aura fallu pour cela sept consultations qui se sont étalées sur un peu plus de trois mois. Le suivi se poursuit depuis maintenant environ sept ans. Du fait des changements de professionnels au sein de l'unité, le patient a été amené à changer trois fois de thérapeute sur ces sept ans. Les relais ont été chaque fois anticipés, les thérapeutes évoquant leur départ, et s'appuyant sur l'institution et un double suivi psychiatre et infirmier pour poursuivre tout de même le soin au mieux pour le patient. Celui-ci semble avoir de ce fait relativement bien vécu ces changements et a poursuivi son travail. L'alliance et le lien entre le patient et le service reste tout de même au fil des ans un travail permanent. En effet, cinq ans après le début de son suivi, le patient s'est retrouvé avec des soucis financiers, s'est fait expulser de son logement pour impayés. Cependant il faudra attendre plusieurs mois et une prise de contact entre le psychiatre référent et le médecin coordonnateur, qui n'a pas vu le patient à deux reprises en consultation (celui-ci n'ayant pas reçu par courrier les convocations aux rendez-vous puisque n'ayant plus son domicile), pour que le patient évoque enfin en entretien ses problèmes de logement. Nous sommes alors au début de l'automne, et il faudra toute l'énergie de l'assistante sociale du service, contactée rapidement, pour aider le patient à retrouver un logement temporaire avant l'hiver. Celui-ci avait tout de même conservé son emploi, et n'avait rien dit à ses employeurs, ni à sa famille. Il explique ceci par un

grand sentiment de honte. Il se sentait malgré tout en grande insécurité avec une peur de reprendre ses consommations d'alcool alors qu'il dormait dans la rue quasiment en permanence.

Comme dans toute prise en charge thérapeutique, la première chose à instaurer est une alliance entre le thérapeute (et/ou l'institution soignante) et le patient. Or comme nous l'avons sous-entendu précédemment, celle-ci n'est pas aisée à instaurer, ni du point de vue du patient pour qui les réticences aux soins peuvent être grandes, ni souvent du point de vue du thérapeute qui peut avoir un contre-transfert négatif du fait des représentations sociales qui peuvent être projetées sur ces personnes, ou du fait même de la psychopathologie du sujet.

La difficulté d'alliance thérapeutique initiale avec le patient peut donc être due à plusieurs facteurs. E. Archer, dans son rapport d'expert dans la Conférence de Consensus des 22 et 23 novembre 2001 [46], en cite les principaux exemples :

- « Méfiance à l'égard du thérapeute assimilé à l'institution de répression ;
- absence de confiance et délivrance de messages indirects destinés au juge de l'application des peines ;
- attitude passive, voire défensive, pour ne pas prendre le risque de se dévoiler ;
- demande pressante de certificat attestant l'existence de la prise en charge, seul bénéfice expliquant la demande de suivi et l'apparente compliance. »

Pour E. Archer, il sera nécessaire pour le thérapeute d'accepter cette attitude de départ et travailler progressivement pour aller vers une relation d'alliance thérapeutique réelle, dégagée de la problématique de la contrainte.

Concernant le contre-transfert du côté du thérapeute, pour E. Archer toujours, il a été pendant longtemps un prétexte pour ne pas prendre en soins les agresseurs sexuels, estimant qu'il était impossible d'élaborer un travail psychique avec eux. Et ceci était affirmé même pour les agresseurs qui étaient demandeurs d'une prise en charge, prétextant leur incapacité à changer. Contre ces arguments, la redécouverte et l'approfondissement des processus opérant dans la clinique des AVS (clivage, déni, emprise, etc.), notamment par la recherche de C. Balier et al. en détention, ont permis de remettre en question les préjugés tels que l'assimilation systématique des AVS à la perversion et ce que E. Archer appelle le « dogme de l'incurabilité ». Cependant des attitudes contre-transférentielles peuvent persister chez les soignants, souvent malgré eux. Comment aider au dépassement de ces attitudes ?

Il semble que la première réponse à apporter soit la possibilité d'offrir une meilleure formation spécifique aux professionnels qui prennent en charge ce type de patients [64]. En effet, la formation des internes en psychiatrie est centrée essentiellement sur le soin des patients présentant une pathologie psychiatrique parmi les maladies de l'axe I du DSM. Or, comme nous l'avons dit précédemment, et comme le confirme une étude réalisée auprès des psychiatres en Gironde, les patients adressés en SPO présentent majoritairement des troubles de la personnalité ou des addictions, voire même uniquement des traits de personnalité pathologiques sans trouble de personnalité caractérisé. La formation pour la connaissance de la clinique de ces sujets et l'élargissement de l'offre de formation concernant leur prise en charge paraît nécessaire.

De plus, il semble que le cadre institutionnel mis en place de manière anticipée autour du thérapeute puisse être un élément essentiel au soutien du thérapeute dans la prise en charge des AVS. Il semble tout d'abord nécessaire de pouvoir travailler en partenariat avec les acteurs socio-judiciaires afin de pouvoir rendre les suivis complémentaires et de pouvoir inclure dans la relation thérapeutique le tiers surmoïque que peut être la Justice. Il semble important pour cela que les informations puissent être transmises au mieux entre les différents acteurs gravitant autour du patient afin que ce cadre puisse être clair et rassurant, à la fois pour le patient et pour le thérapeute [65]. Ensuite, au sein de l'institution de soins, il semble nécessaire que le thérapeute puisse être soutenu. Il sera en effet probablement confronté au cours de la thérapie à divers mouvements psychiques du fait de la particularité clinique des sujets AVS. Ce peut être par exemple le trouble ou la sidération à l'entente des faits énoncés par l'agresseur. A Ciavaldini [66] explique cette possible paralysie ou sidération par le fait que les AVS viennent étaler dans la réalité des actes de fantasmes refoulés de la sexualité infantile du thérapeute. Ceci peut provoquer un sentiment d'étrangeté conduisant à cette sidération. Il est de plus confronté aux défenses massives du patient, et notamment au clivage, au déni, ou encore à la passivation. Afin de pouvoir faire avec ces mouvements psychiques qui sont souvent un passage obligé dans le suivi, et pouvoir les identifier et les dépasser, il semble important que le thérapeute ne se retrouve pas seul dans la prise en charge thérapeutique, et ce dès le début, de manière anticipée. Ce peut être par le biais d'une double prise en charge avec des temps d'échange réguliers en équipe, et/ou avec la mise en place d'une supervision pour les soignants prenant en charge ces sujets. Enfin, si la relation duelle est trop menaçante pour le psychisme du thérapeute (et donc non-thérapeutique), un passage par la prise en charge groupale peut être réfléchi, nous y reviendrons.

Ainsi placé dans un cadre sécurisé pour lui-même, le thérapeute va pouvoir mettre en place pour le sujet une relation thérapeutique sécurisante. Celle-ci doit s'appuyer essentiellement selon C. Jaffard [67] sur le modèle de la relation d'étayage. Celle-ci s'inspire des fondements théoriques édités par D.-W. Winnicott [68] sur le rôle des soins maternels précoces, à savoir le holding, l'importance du regard maternel et de son rôle de pare-excitations face à l'impulsivité et l'agressivité précoce de l'enfant. Ainsi le nourrisson va pouvoir se construire un Moi-propre dans un contexte suffisamment sécurisant. La relation d'étayage décrite par C. Jaffard s'appuie sur ce concept suite aux constatations cliniques évoquant chez les AVS des séquelles de relations précoces souvent perturbées. C'est cet étayage important qui permettra un soutien pour le sujet suivant plusieurs fonctions. Tout d'abord une aide à la symbolisation par le positionnement à bonne distance dans la relation thérapeutique : le thérapeute doit pouvoir être sensible aux besoins du patient et tenter de lui proposer la situation la plus favorable possible pour y répondre, cependant il doit rester à distance afin de ne pas (re)produire une relation d'emprise. Il peut pour cela par exemple s'appuyer sur le cadre et l'institution. Ensuite, la relation d'étayage joue le rôle de pare-excitations. Comme nous l'avons vu plus haut, l'excitation interne perçue par les AVS n'est souvent pas mise en sens. Il s'agit au sein de la relation de pouvoir accueillir l'excitation et l'apaiser par un soutien et des explications, et éviter à l'inverse d'aller trop interpréter et mobiliser l'inconscient source d'angoisses et d'excitabilité trop importante et non-gérable pour ces sujets. Ici encore l'appui sur un cadre institutionnel et une équipe peut être un soutien nécessaire pour faire rempart à ces puissantes excitations. Enfin, la relation d'étayage aura aussi comme possibilité de participer à la restauration narcissique du sujet. Ceci pourra se faire par la position du thérapeute qui devient un soutien permanent et facilite ainsi le travail psychique du patient. En s'intéressant au patient et en cherchant avec lui à comprendre ce qui l'anime, il mobilise le sujet qui devient acteur. Le thérapeute permet donc une restauration de la subjectivité du sujet.

Ainsi, dans ce cadre sécurisant pour tous, avec l'assurance d'une relation étayante, la rencontre peut avoir lieu et favoriser au mieux la survenue d'une alliance thérapeutique. L'idée pour S. Cohen [69] est de créer ce qu'il appelle un « effet de surprise » dans la rencontre. Le thérapeute va devoir d'un côté recevoir ce qui est le motif de la venue, c'est à dire l'acte d'agression en lui-même, qui est énoncé par le sujet, répété par lui dans une démarche judiciaire parfois longue et qui est parfois devenue presque identificatoire au sein de la société ; et d'un autre côté il sera important de lui offrir une écoute plus large afin de pouvoir se décaler de cet acte et replacer le sujet dans son

ensemble au sein du discours. S Cohen affirme qu'il est important que le thérapeute passe par ces deux phases. Il est indispensable que le thérapeute énonce les faits reprochés afin de ne pas favoriser le processus de déni ou de banalisation qui peut être à l'œuvre chez le sujet. Mais il est également nécessaire qu'il ouvre une écoute vers la vie interne du sujet afin de pouvoir s'intéresser à la souffrance de celui-ci. C'est cette ouverture qui peut être inattendue par le sujet et créer chez lui un « effet de surprise » et aider à la naissance d'une alliance thérapeutique.

Face à des patients souvent réticents à la parole, cette écoute ouverte et subjectivante sans mise à l'écart des faits reprochés peut être soutenue par des guides d'entretiens, aidant à la mise en place de la relation thérapeutique. C'est le cas notamment du Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Aggression Sexuelle (QICPAAS). Il s'agit d'une adaptation du questionnaire utilisé pendant la recherche de Balier et al. en 1996 pour la mise en pratique générale. Il se déroule en onze points principaux : le recueil des données socio-démographiques, l'exploration du chef d'inculpation et de la reconnaissance des faits par le sujet, la nature de l'acte d'agression sexuelle, la description de l'acte, la perception qu'a le sujet de son acte et des conséquences sur la victime, l'investigation de l'acte sexuel, l'investigation de la personnalité, l'investigation de l'entourage familial, des relations affectives et amicales, l'investigation somatique et enfin l'étude des réactions affectives du point de vue de l'évaluateur. Selon B. Gravier, ce questionnaire est « un dispositif, mais aussi une façon de permettre, en l'inscrivant dans une temporalité, cette rencontre particulière et ainsi donner la possibilité d'une maturation processuelle » [70].

b) La psychothérapie

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations de 2009 sur la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [71] affirme que « la psychothérapie, quelle qu'en soit la modalité, est une composante incontournable de la prise en charge thérapeutique ». Le choix de la psychothérapie proposée doit tenir compte d'un ensemble de critères : les capacités psychologiques du sujet, sa capacité à verbaliser, sa motivation actuelle ou encore les connaissances du thérapeute en termes de psychothérapie. De plus l'évolution du sujet au cours de la prise en charge devra être prise en compte et la modalité psychothérapique réévaluée en fonction de cette évolution.

Il existe plusieurs types de psychothérapies qui peuvent être proposées aux AVS : les psychothérapies d'orientation psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique ou familiale ou encore les thérapies groupales.

Dans son rapport d'expert dans la Conférence de Consensus des 22 et 23 novembre 2001, R. Coutanceau propose sa grille pour orienter les AVS vers l'une ou l'autre de ces thérapies [72]. Il est nécessaire tout d'abord d'évaluer la situation sur un plan pluriprofessionnel. Sur le plan psychiatrique il faut repérer la structure du sujet, le définir sur un plan clinique. Du point de vue psychologique, il est nécessaire de recueillir les données biographiques et les éléments de personnalité. Une approche psychopathologique permettra de mieux comprendre la psychopathologie de l'acte, il sera également important d'investiguer le champ affectivo-sexuel du sujet pour mieux comprendre son rapport au couple, aux autres et à la sexualité. Enfin, une étude sur le plan psychocriminologique permettra de mettre en évidence les moments à risque de passage à l'acte.

Selon R. Coutanceau, il est possible suite à cette évaluation complète de la clinique du sujet, d'établir l'appartenance à un profil pour le sujet. Il en décrit trois :

- Le profil immaturo-névrotique : l'émergence d'une demande est le plus souvent rapide et facile, les contre-transferts sont plutôt bons pour les équipes. La psychothérapie « classique » est alors indiquée.
- Le profil immaturo-égocentrique : chez ces sujets, la demande de soins ne peut pas être spontanée, la contrainte aux soins est cependant souvent relativement bien tolérée. Les contre-transferts sont alors ambivalents avec des moments de compassion, et à l'inverse des moments de franche irritation. Les capacités initiales d'élaboration et ce contre-transfert plus difficile mènent à indiquer préférentiellement des thérapies de groupe en premier lieu.
- Le profil immaturo-pervers : c'est chez ce type de sujets que la prise en charge est la plus complexe. En effet, l'investissement dans les soins est peu marqué, malgré l'injonction judiciaire. Une longue période de ce que R. Coutanceau nomme une « évaluation longitudinale préalable » sera souvent nécessaire pour espérer éveiller une modification de leur position initiale rigide et pouvoir s'y engouffrer pour initier une réelle démarche thérapeutique. Dans ce contexte bien sûr, le contre-transfert est souvent à type de rejet, d'irritabilité ou encore d'impuissance. Il faudra souvent que les thérapeutes soient soutenus dans ces prises en charge difficiles.

Bien sûr il s'agit ici d'une possibilité de classification et d'orientation, propre à R. Coutanceau, qui doit être réfléchie et élaborée par chaque service, en fonction de son référentiel de pensée et de ses outils thérapeutiques propres. L'idée développée cependant paraît importante : la clinique du sujet, évaluée de la manière la plus complète possible, doit être au centre de la proposition de soins faite pour qu'elle puisse prendre un sens pour le sujet et pour les thérapeutes. Cette proposition de soins pourra bien sûr être réévaluée et adaptée au fil du suivi, au fur et à mesure que la clinique du sujet s'affine et que le sujet évolue.

i. L'approche psychodynamique

Issue de la psychanalyse, c'est encore en France l'approche psychothérapique utilisée majoritairement dans la prise en charge des AVS. Ceci serait dû notamment à l'apport des travaux de C. Balier. Ce dernier précise bien dans son rapport d'expert de la Conférence de Consensus de 2001 [73] qu'il n'est pas question de faire une cure analytique typique pour les AVS telle qu'elle est habituellement décrite, mais il s'agit par contre d'utiliser les apports psychanalytiques pour comprendre le fonctionnement du sujet et notamment mettre en évidence les différents modes de défense aménagés dans son fonctionnement. La prise en charge psychodynamique aura pour objectif de permettre au sujet un regard sur lui-même, une introspection, afin de se réapproprier sa souffrance par la mise en représentation et en symbolisation de ses angoisses. Un de ces objectifs sera notamment chez les AVS de pouvoir fantasmatiser la vie sexuelle afin d'éviter la nécessité d'un nouveau passage à l'acte.

ii. L'approche cognitivo-comportementale

Cette modalité thérapeutique a pour objectif, comme le rappelle par exemple B. Gravier [70], de favoriser « l'expression émotionnelle, l'estime de soi, la prise de responsabilité et la capacité de résolution de problèmes ». L'évolution de ces techniques thérapeutiques a mené vers des approches positivistes où l'idée principale est de mettre en évidence, chez les patients, leurs compétences essentielles et les mener vers un épanouissement général. Les méthodes comportementales strictes souvent culpabilisantes et sources d'échecs ont été à l'inverse mises de côté.

L'objectif de ces approches cognitivo-comportementales s'est tourné, comme nous l'avons vu, vers la prévention de la récurrence. Un des modèles les plus utilisés, notamment en Amérique du

Nord est le modèle appelé « R-B-R » pour « Risque-Besoins-Réceptivité », développé par Andrews, Bonta et Wormith [74] à partir de 1990. Le principe de cette approche est d'adapter l'intervention thérapeutique à l'évaluation adéquate du risque de récidive. Ces interventions doivent s'adapter en intensité au niveau de risque de récidive pour le sujet (« Risque »), se centrer sur des facteurs qui sont empiriquement liés à la récidive (« Besoins »), et doivent tenir compte des capacités de compréhension du sujet (« Réceptivité »). Selon les auteurs, pour prévenir la récidive d'acte d'agression sexuelle, les cibles principales de ces soins devraient être les intérêts sexuels déviants, les distorsions cognitives, les préoccupations sexuelles et les attitudes antisociales. D'autres facteurs n'ayant pas été démontrés comme associés au risque de récidive peuvent passer au second plan dans ces interventions, comme la faible estime de soi, le déni ou le déficit d'empathie envers la victime. Cependant, beaucoup de thérapeutes mettant en œuvre cette méthode semblent prôner une approche plus globale et prendre en compte ces dernières cibles dans les objectifs du traitement, ainsi que d'autres facteurs de risques tels que la consommation de substance ou l'instabilité socioprofessionnelle [75].

iii. Les thérapies familiales ou systémiques

Dans les recommandations de la HAS [71], ces thérapies sont principalement indiquées dans les cas où la réticence à la thérapie individuelle est importante (ce peut alors être une préparation), dans les situations pour lesquelles la problématique familiale est mise au premier plan avec une tendance à la dépression ou à la fusion, ou encore lorsque les prises en charge groupales sont rendues compliquées par un positionnement tyrannique ou autoritaire envers les autres. Les objectifs de ces thérapies seront alors selon la HAS « d'aider l'auteur d'agression à mieux comprendre le sens de son agression et ses répercussions familiales ; à lutter contre les dysfonctionnements familiaux centrés sur « l'emprise » et le « secret » ; de permettre la reconnaissance sociale des faits et de favoriser l'alliance de la famille dans l'accompagnement thérapeutique ».

iv. Les thérapies de groupe

Qu'elles utilisent le modèle cognitivo-comportemental ou analytique, les thérapies de groupe occupent une place de choix dans la prise en charge de nombreux AVS. B. Gravier [70] résume les situations pour lesquelles elles doivent être principalement réfléchies et indiquées : « pour des sujets présentant de faibles capacités d'insight, une carence d'élaboration, un égocentrisme qui rend

nécessaire une confrontation directe à l'altérité, une pathologie narcissique plus facile à moduler par la médiation du groupe ou des problématiques compliquées par la honte ou la solitude ».

Le groupe peut être utilisé comme outil dans l'approche psychanalytique. Dans ce cas, il apparaît être un reflet du fonctionnement psychique du patient en relation, le sujet s'adaptant aux autres en fonction de son histoire familiale et personnelle. Il va alors soit avoir tendance à vouloir s'intégrer dans le groupe, soit vouloir s'en différencier. Le groupe peut faire renaître des angoisses d'anéantissement et menacer l'intégrité psychique du sujet. Il va se créer une dynamique de groupe avec des alliances et des rejets en fonction de ces angoisses. Ces alliances peuvent reproduire d'autres relations extérieures et devenir aliénantes. L'objectif thérapeutique de la prise en charge groupale sera alors pour les analystes de modifier des alliances aliénantes en alliances structurantes. Différents types de médiateurs pourront servir cet objectif dans l'approche analytique.

Tout d'abord le psychodrame, qui utilise la mise en scène de situations proposées par les différents sujets, utilisant le corps et le jeu. Il permet de faire surgir des éprouvés, des affectss, chez les sujets et de les aider ensuite à leur mise en représentation. Il soutient par ce faire des processus de subjectivation. En passant par le jeu, le sujet peut également apprendre à métaphoriser, pour pouvoir ensuite aller vers la fantasmatisation qui, comme nous l'avons vu, manque souvent chez les AVS. L'utilisation du corps permet une mise en action qui permet de faire appel aux affects plus facilement que par la parole pour bon nombre de ces sujets. La dernière partie de la séance de psychodrame est une mise en mots en respectant la règle de la libre association, qui permet la mise en représentation des affects. Le groupe permet, par son côté bienveillant, mais aussi par son possible rôle de reflet ou miroir, de restaurer le narcissisme du sujet et de lui permettre une diversification des mécanismes de défense [76],[77],[78].

D'autres médiations que le psychodrame peuvent être utilisées en psychanalyse groupale, comme l'art-thérapie ou d'autres approches corporelles. Les objectifs du soin étant les mêmes : renforcer le narcissisme et la subjectivation.

Les approches cognitivo-comportementales peuvent aussi utiliser le groupe en thérapie, souvent dans des programmes de prévention de la récurrence. Là encore, fréquemment, des médiateurs sont utilisés, comme par exemple des jeux de société ou des jeux de rôles. Les objectifs étant de permettre au sujet de développer de nouvelles stratégies d'adaptation dans les situations à risque pré-établies.

c) Les traitements médicamenteux

La psychothérapie est l'incontournable de la prise en charge d'un AVS. Cependant, dans certains cas, l'indication d'un traitement médicamenteux peut être réfléchi. Dans les recommandations de la Conférence de Consensus de 2001 ou dans les recommandations de la HAS, deux possibilités sont proposées, soit les traitements hormonaux, soit les psychotropes et en particulier les antidépresseurs de type ISRS (Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine) [71],[79].

i. Les traitements hormonaux

Il est possible pour les auteurs de violences sexuelles d'avoir recours à ce qui est appelé parfois des « castrateurs chimiques », à savoir les traitements hormonaux. Il existe deux classes de traitement distinctes [71],[79],[80].

La première correspond aux traitements anti-androgènes stéroïdiens. Le médicament le plus connu et le plus utilisé est l'Acétate de Cyprotérone ou ANDROCUR®. C'est un dérivé progestatif, il agit par compétition avec la testostérone empêchant sa fixation sur ses récepteurs périphériques. Il a également une action gonadotrope qui réduit la sécrétion de la LH (hormone hypophysaire stimulant la sécrétion de testostérone). En France, la forme 100mg qui se prend par voie orale a reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de « castration chimique ».

La seconde classe thérapeutique comprend les analogues ou agonistes de la GnRH, hormone produite de manière pulsatile par l'hypothalamus qui entraîne la production de LH et donc de testostérone. Ils permettent paradoxalement l'inhibition de la sécrétion de testostérone par désensibilisation des gonades à la GnRH endogène. En France, le médicament le plus utilisé est la Triptoréline qui a l'avantage d'exister en forme injectable (SALVACYL®) avec une injection tous les trois mois. Son effet stimulant sur la testostérone les premiers jours de traitement, avant d'être inhibiteur, nécessite une prescription conjointe avec de l'Acétate de Cyprotérone avant de pouvoir être prescrit seul. Il bénéficie de l'AMM dans cette indication depuis 2007 en France.

Les délais d'action de ces traitements sur le comportement sexuel déviant, à savoir sur l'intensité et la fréquence des fantasmes sexuels déviants, varient de un à trois mois.

Les principales indications de ces traitements sont pour la HAS les hommes pédophiles multirécidivistes, en particulier ceux ayant une attirance homosexuelle, ceux ayant une personnalité

immature ou encore les déficients intellectuels. Les violeurs de femmes adultes récidivistes peuvent également bénéficier d'un tel traitement. La présence de fantasmes sexuels déviants étant une composante nécessaire pour une prescription de ce traitement à bon escient.

Comme tout traitement, y compris dans le cadre d'une injonction ou obligation de soins, les patients doivent donner leur consentement écrit et éclairer pour la prescription d'un tel traitement. Les patients peuvent refuser ce traitement même si le thérapeute pense qu'il est fortement indiqué. La prescription d'un traitement hormonal implique la réalisation préalable d'un bilan pré-thérapeutique complet selon les recommandations [80].

Nous pouvons ici de nouveau reprendre l'exemple de Mr. A. En effet, à partir du moment où le patient accepte le suivi et évoque plus facilement ses pensées et ses ressentis, il est vite mis en évidence un envahissement important du patient par des idées sexuelles déviantes. Le patient est obnubilé par la question des femmes et de la sexualité, sentant monter des pulsions de passage à l'acte violent. Ces pensées sont souvent présentes le soir, lorsqu'il se couche, et il a de ce fait du mal à s'endormir. Assez rapidement, le thérapeute qui suit Mr. A. lui donnera l'information du traitement hormonal. Le patient refuse dans un premier temps. Il ne souhaite pas perdre la possibilité de relations sexuelles à l'avenir. Cependant, le fait de pouvoir parler en entretiens de ses idées de viols ne semble pas être suffisant pour permettre un apaisement de ses fantasmes déviants. Le thérapeute proposera à plusieurs reprises la prescription d'un traitement médicamenteux. Le patient finira par accepter cette proposition, sentant monter la menace d'un passage à l'acte dans ce qu'il peut raconter en consultation, notamment ses obsessions grandissantes concernant les femmes qu'il croise dans la rue. Il accepte la mise en route du bilan pré-thérapeutique et l'instauration du traitement par SALVACYL®. Il est alors suivi dans le service depuis plusieurs mois. Les premiers temps il ne voit pas de différence, il faudra attendre presque trois mois de prescription avant qu'il puisse ressentir un réel apaisement, avec une diminution quasi totale de la tension interne et des pensées sexuelles déviantes. Les thérapeutes décriront à ce moment-là un tournant dans le travail en consultation, l'abord de la problématique sexuelle et de son rapport aux femmes est plus facile, plus serein. Les modifications sur ses désirs sexuels ainsi obtenues permettront également de constater des changements importants dans la vie relationnelle du patient, puisqu'il peut enfin se tourner vers les autres plus facilement. Il est plus disponible à la relation. Il reprendra notamment progressivement contact avec certains de ses frères et sœurs, il se constituera également un cercle amical solide, amis avec qui il pourra partager des repas et des loisirs. Il ira même jusqu'à avoir une relation sentimentale d'environ un an. Le traitement l'empêche

d'avoir des relations sexuelles avec cette compagne, mais à aucun moment il ne remettra en cause sa prescription, préférant quitter sa compagne finalement. Le patient s'était fixé une prise de ce traitement de cinq ans, le temps d'avancer un travail en psychothérapie. Cependant, six ans après, du fait d'une situation sociale non encore stabilisée, il se montre anxieux à l'idée de l'arrêter, éprouvant un réel soulagement depuis sa prescription et inquiet d'une éventuelle recrudescence de ses idées sexuelles déviantes. Il a préféré pour le moment repousser son interruption.

ii. Les antidépresseurs

Un autre type de traitement médicamenteux apparaît dans la littérature pour la prise en charge des AVS, ce sont les antidépresseurs, et parmi eux les ISRS.

Ils sont proposés dans les recommandations sur la prise en charge des AVS, notamment pour les exhibitionnistes ou les pédophiles, ou pour les populations pour lesquelles les traitements hormonaux sont contre-indiqués, en particulier les adolescents.

Une revue de la littérature de 2011 [81] conclue à une efficacité partielle des ISRS retrouvée dans certains cas de paraphilie, notamment ceux présentant des idées sexuelles obsédantes avec compulsions. Cependant les antidépresseurs n'ont pas l'AMM dans cette indication et, d'après les auteurs, des études mieux menées seraient nécessaires pour confirmer ces données.

d) La combinaison des approches

R. Coutanceau, dans son rapport d'expert de la Conférence de Consensus de 2001 [72], affirme la nécessité de combiner les approches dans la prise en charge thérapeutique des AVS : « l'existence de stratégies thérapeutiques variées est nécessaire, supposant donc des équipes pluridisciplinaires, ou un travail en réseau ».

Dans ses recommandations de 2009 sur la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de 15 ans [71], la HAS propose un algorithme pour le traitement des AVS dégradé en six niveaux différents (Annexe 3) :

- *Le niveau 1* correspond aux AVS pour lesquels les objectifs du traitement sont le « contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel ». Dans ce cas, le traitement recommandé est la psychothérapie en première intention, notamment la TCC si le thérapeute est formé.

- *Le niveau 2* est défini par les objectifs thérapeutiques suivants : « contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel », dans le cas où la psychothérapie seule (niveau 1) n'a pas été suffisante ou pour les paraphilies modérées avec un risque faible de passage à l'acte. Le traitement recommandé est alors la psychothérapie associée possiblement à un ISRS à même dose que dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (TOCs).
- *Le niveau 3* comprend les mêmes objectifs mais avec cette fois-ci une réduction modérée de l'activité et du désir sexuel. Il s'agit des cas où le niveau 2 n'a pas apporté de résultats, quand il y a paraphilie avec passage à l'acte sous forme d'attouchements sans pénétration ou dans le cas de fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel. Dans ce cas, le traitement recommandé reste la psychothérapie en première intention associée à l'ISRS et un antiandrogène à faible dose.
- *Le niveau 4* a pour objectif une réduction importante de l'activité et du désir sexuel. Les indications sont l'absence de résultat avec le traitement du niveau 3, un risque modéré voire élevé de passage à l'acte et une bonne observance prévisible du traitement. Ce dernier est alors la psychothérapie associée à une dose standard d'Acétate de Cyprotérone, l'ISRS étant indiqué si présence de comorbidité (TOCs, anxiété, dépression).
- *Le niveau 5* correspond à l'objectif de faire disparaître complètement l'activité et le désir sexuel. Ce sont les cas où il y a un risque élevé de violence sexuelle, l'existence d'une paraphilie sévère, des fantasmes sexuels inappropriés, un comportement sexuel sadique ou des violences sexuelles avérées, ou encore si le niveau 4 a été insuffisant. Dans ce cas le traitement indiqué est la psychothérapie associée à un analogue de la GnRH en injectable (associé à l'Acétate de Cyprotérone pendant le premier mois de traitement).
- *Le niveau 6*, enfin, a le même objectif que le niveau 5, et correspond aux cas où le niveau 5 n'a pas été suffisant ou dans les situations de paraphilies les plus sévères. Le traitement recommandé est alors une psychothérapie combinée à l'association Acétate de Cyprotérone et analogue de la GnRH au long cours, plus ou moins associée à un antidépresseur.

3. Des populations spécifiques d'AVS ?

Nous avons exposé jusqu'ici les généralités de la psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles et les possibilités thérapeutiques existantes. Nous nous questionnerons sur l'existence de particularités cliniques ou thérapeutiques pour certains types de populations ou d'infractions.

a) Les adolescents AVS

Comme le rappelle J.-Y. Hayez [82], les adolescents sont par excellence les metteurs en scène de l'agir comparé aux autres âges de la vie. L'agir a chez eux, entre autre, le rôle de décharge rapide d'énergie, d'exploration des limites et de recherche d'expériences, de mise en avant face au regard des pairs. Ceci est dû aux caractéristiques bien connues de cette période de l'existence où les adolescents doivent faire face à l'émergence de pulsions inconnues, notamment sexuelles, et doivent trouver le chemin de l'affirmation de soi face à leurs parents et parmi leurs pairs.

Cependant, si l'agir est une caractéristique générale de l'adolescence, et si la découverte de la sexualité est également le commun de tous les adolescents, qu'en est-il de l'agir sexuel violent ? Existe-t-il des particularités cliniques chez ces jeunes qui passent à l'acte sur le plan sexuel à cette période de leur vie ? Il s'agit de questions auxquelles les cliniciens sont de plus en plus confrontés, et les études à ce sujet sont devenues plus fréquentes ces dernières années.

P. Roman propose dans un écrit [83] une revue des études épidémiologiques s'étant penchées sur la question et estime la prévalence des agressions sexuelles commises par des adolescents allant de 20 à 35% de l'ensemble des violences sexuelles perpétrées.

J Sélosse, en 1996 [84], estimait que 25% des AVS étaient des adolescents, ce qui est une part très importante de cette population. Il proposait alors trois pistes pour comprendre ces passages à l'acte chez l'adolescent :

- « Une levée des interdits à l'égard de la sexualité,
- une soumission des adolescents au groupe d'appartenance,
- une pathologie de la maturation sexuelle, particulièrement dans le cas du viol collectif, qui condense les enjeux exhibitionnistes, voyeuristes, sadiques et pervers »

Une étude Canadienne de 2002 [85] montre que la proportion d'antécédents de violences sexuelles subies est encore plus importante chez les AVS adolescents que dans la population totale des AVS puisqu'ils seraient environ la moitié d'entre eux à avoir été abusés sexuellement ou initiés très précocement à la sexualité. De plus les pertes précoces dans la famille concerneraient sept sujets sur dix. Ces éléments sont confirmés par d'autres études, une revue de la littérature effectuée par Pham et al en 2010 [86] évoque pour les adolescents AVS une perte parentale fréquente, avec la figure paternelle absente notamment, et de nombreux placements en institution, mais également des antécédents de violence ou négligence plus importants que dans la population générale des adolescents. Cet article s'intéresse également aux traits de personnalité des adolescents AVS et retrouve chez eux une plus forte prévalence de personnalité soumise, conformiste et d'inhibition sexuelle que chez les autres adolescents non-AVS.

P. Roman, pour approfondir la question de la clinique des adolescents AVS, a publié en 2004 une étude [87] où il avait réalisé des tests projectifs chez des adolescents mis en examen pour violences sexuelles : cinq pour agressions sexuelles et cinq autres pour viols.

Dans le groupe des adolescents mis en examen pour agression sexuelle, il retrouve un profil de jeunes assez homogène. Ce sont essentiellement de jeunes adolescents au début de leur puberté (treize et quatorze ans), chez qui il identifie plusieurs caractéristiques :

- Une atteinte des assises narcissiques, et notamment un défaut de constitution de l'intégrité physique, avec des difficultés de stabilité du lien à l'objet, celui-ci étant vécu le plus souvent sur un mode persécutoire.
- Une impossibilité d'atteindre une position dépressive du fait d'une défaillance de la construction identitaire, ne permettant pas des mises en représentation des affects dépressifs suffisamment construits.
- Un effacement de la différenciation des sexes dans les processus identificatoires, mis en évidence dans les tests effectués par une banalisation ou une anonymisation des représentations humaines.
- La différence entre les générations et les liens générationnels est également mise à mal, et P. Roman fait l'hypothèse d'une mise à distance des fantasmes incestueux ou parricides par leur négation.

Dans le groupe des adolescents mis en examen pour viols, sur les cinq sujets ayant passé les tests, P. Roman dégage deux sous-groupes très fortement distincts. Le premier sous-groupe comporte des sujets qui se situent dans le registre de la psychose et se présentent très inhibés avec un contact très difficile. Il apparaît dans les épreuves un risque vécu d'effondrement avec de nombreux évitements. Dans le deuxième sous-groupe à l'inverse, le contact se fait plus facilement avec les adolescents qui sont dans le lien et la séduction avec les cliniciens. P. Roman y déchiffre des attitudes venant masquer des fragilités narcissiques très présentes et révélées par la passation des tests. L'intégrité de la personne est menacée, et des défenses narcissiques sont fortement implantées telles que le déni massif de la séparation, un rattachement important à la perception voire un retournement sadique. Les processus identificatoires sont peu fiables et P. Roman retrouve la faible reconnaissance de la différence des sexes ou des générations. Cependant, ce qui caractérise pour lui ce sous-groupe, ce sont le déni et le clivage massif associé à un lien de séduction recherché avec le clinicien évoquant de probables aménagements pervers.

P. Roman met donc en évidence l'hétérogénéité des profils des adolescents auteurs de violences sexuelles. Ils ne peuvent donc pas être considérés comme une population homogène, et leur prise en charge devra tenir compte de cette hétérogénéité. Cependant, dans la conclusion de son étude, il remarque que quel que soit le profil de l'adolescent auteur de violence sexuelle, le fait de mettre en œuvre un tel passage à l'acte dans cette période adolescente entraîne une sidération « des potentiels symbolisant de l'adolescent, le laissant en proie avec le risque d'une désorganisation, sur le mode de la dépression ou de l'effondrement ». P. Roman évoque trois éléments essentiels venant appuyer ce constat. Tout d'abord le fait que la violence sexuelle engagée à l'adolescence modifie en profondeur l'aménagement psychique de ces sujets, la violence sexuelle devenant moyen de lutte contre l'effondrement. Un autre élément évoqué par P. Roman est la temporalité dans laquelle s'exerce la violence sexuelle. Pour lui, la violence envers les adolescentes ou les femmes adultes évoque plutôt une tentative de réassurance face à la violence des processus pubertaires alors que la violence envers les enfants est plus de l'ordre d'un « raptus incontrôlable ». Enfin, un point commun à tous ces adolescents est l'absence de repères structurants concernant les liens familiaux, notamment la différenciation entre les sexes et entre les générations.

Dans une étude publiée en 2014, D. Gamache et al. [88] remarquent une corrélation entre la « gravité » des faits et la maturité de la personnalité. La première association notée est liée à l'âge de la victime. Lorsque celle-ci est du même âge (faisant partie des pairs) ou plus âgée, il semble que l'adolescent présente des mécanismes de défense plus archaïques. L'acte vient renforcer la

construction narcissique par la dégradation et l'humiliation de l'autre utilisé comme objet et nié comme sujet, protégeant ainsi de toute identification. De même, les auteurs ont remarqué une association entre l'utilisation plus massive de la violence et/ou l'intrusion plus importante de la victime (allant jusqu'à la pénétration) et les mécanismes de défense constitutifs plus archaïques. Ceux cités par les auteurs sont ceux déjà nommés plus haut, à savoir le déni, le clivage ou encore l'omnipotence (et donc l'utilisation de l'autre comme ustensile pour la satisfaction de ses propres besoins).

Ainsi donc, les adolescents ayant des défaillances dans la construction de leur personnalité avec la mise en place à l'adolescence de mécanismes de défense archaïques pour lutter contre l'effondrement semblent être une population particulièrement vulnérable et à risque de passage à l'acte sexuel. Et ceci plus que les adultes du fait des particularités propres à l'adolescence à savoir la prédominance de l'agir comme mode d'expression. De plus, cette population est vulnérable, car la personnalité est alors en construction, et l'agir sexuel violent expérimenté à cette période de la vie peut venir sidérer l'évolution de la personnalité et ancrer la réponse violente dans les modalités de défense de ces adolescents.

Au vu de ces éléments, il semble donc nécessaire de pouvoir adapter la prise en charge proposée à cette population d'AVS.

P. Roman identifie deux priorités dans la prise en charge thérapeutique des adolescents AVS [83] : le soutien au processus de subjectivation et la confirmation pour l'adolescent de sa « participation à une humanité partagée ». Pour ce faire, les deux axes principaux existant chez l'adulte se retrouvent dans la prise en charge de l'adolescent : la justice et le soin. Vient se surajouter une dimension essentielle : la prise en charge éducative.

Concernant le soin, la dimension du lien est complexe. La dimension oppositionnelle à l'adolescence complique d'autant plus la relation thérapeutique. La relation duelle est encore plus menaçante pour les adolescents que pour les adultes. P. Roman a proposé une adaptation du QICPAAS pour les adolescents en QICAAICS (Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel) comme médiateur dans les débuts de la rencontre thérapeutique.

Les auteurs semblent cependant s'accorder sur le rôle bénéfique, à privilégier pour les adolescents, de la prise en charge groupale. En effet, le groupe est vecteur d'un soutien narcissique important et permet le déploiement de processus d'identification favorisant la subjectivation. Cette prise en charge groupale ne doit pas être exclusive, et être complémentaire des prises en charge individuelles, mais doit être envisagée autant que possible. Il est nécessaire d'y associer des entretiens individuels, mais aussi une prise en charge plus systémique avec la famille et/ou les éducateurs du jeune.

B. Smaniotto et al. [89], définissent trois niveaux d'enveloppe nécessaires à instaurer dans la prise en charge des adolescents AVS :

- L' « enveloppe partenariale » qui correspond à l'ensemble du réseau professionnel qui entoure le mineur. Il est nécessaire d'établir des liens entre tous ces professionnels de la justice, du social, de l'éducation et du soin et la famille quand elle est présente. La question qui doit animer l'ensemble de ces personnes est celle de l'accompagnement : comment accompagner au mieux le jeune pour en prendre soin ?
- L' « enveloppe thérapeutique » qui comprend les adultes qui élaborent ensemble le projet de soins. Il s'agit d'un cercle plus restreint comprenant généralement famille, éducateurs et soignants. Ce projet de soins doit bien sûr être élaboré également avec l'adolescent pour qu'il puisse s'y investir. Et il est nécessaire d'y intégrer des temps de soins pour l'adolescent seul sans ses éducateurs ou sa famille pour respecter son intimité et permettre son expression personnelle.
- La dernière enveloppe est celle du dispositif proposé en lui-même, à savoir l' « enveloppe groupale ». Elle sert de pare-excitation et favorise ainsi l'expression par la parole et non l'agir. Elle permet aussi des processus d'identification.

La constitution de ces trois enveloppes, si elle est pensée et solide, permet au jeune une contenance nécessaire aux processus d'évolution vers la subjectivation et le renforcement narcissique.

Une des particularités de la prise en charge des adolescents par rapport aux autres AVS est l'importance de la prise en charge éducative. Souvent, lorsque la Justice intervient pour une situation d'un adolescent agresseur sexuel, outre l'expertise psychiatrique, une enquête socio-éducative est également menée ; en France elle est appelée MIJE depuis début 2012 : Mesure d'Investigation Judiciaire et Éducative. Cette investigation est réalisée par des éducateurs de la DPJJ (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse) qui peuvent être secondés par un assistant

social ou un psychologue. Elle vise à recueillir et analyser des éléments sur la situation familiale, scolaire, sanitaire, sociale et éducative du mineur et de sa famille. Elle constitue ainsi une aide au magistrat dans sa prise de décision, lui permettant de vérifier si les conditions d'une intervention judiciaire sont réunies et de proposer, si nécessaire, des réponses adaptées à la situation.

Enfin, outre le soin et le socio-éducatif, P. Roman [83] évoque la prévention comme dernier volet de la prise en charge. Elle peut se faire à deux niveaux. Tout d'abord la prévention primaire, déjà effectuée dans l'éducation, pour la reconnaissance des victimes de violences sexuelles. Il paraîtrait important également d'envisager des axes de prévention concernant l'émergence de la violence à l'adolescence. Ceci pourrait passer par des interventions précoces dans la petite enfance et l'enfance, dans le soutien de la relation parents-enfants, pour aider les parents à investir et maintenir leur place auprès des adolescents, et à l'adolescence élargir les lieux d'écoute et de rencontre pour les adolescents et/ou leurs parents. La prévention secondaire doit correspondre à ce qui a été évoqué plus haut, des lieux de prise en charge et de soins favorisant la contenance pour permettre l'expression et la mise en sens de cette violence.

b) Les femmes AVS

Il semble important dans ce travail d'aborder cette autre population d'AVS que sont les femmes. Bien moins nombreuses que les hommes auteurs d'agressions sexuelles, elles représentent cependant une petite partie des auteurs de violences sexuelles. Qu'en est-il de la clinique de ces femmes ? Existe-t-il des particularités à prendre en compte dans la prise en charge ?

Les agressions sexuelles commises par les femmes visent quasi-exclusivement des mineurs. Mathews et al. en 1989 [90] proposent une classification de ces femmes AVS en trois catégories :

- Les femmes « Teacher/Lover » qui passent à l'acte sur des adolescents et pensent leur relation sexuelle comme consentie issue d'un amour réciproque.
- Les femmes « Predisposed » qui agissent seules, sur de jeunes enfants, souvent les leurs. Elles ont la plupart du temps été elles-mêmes victimes de violences sexuelles dans l'enfance, souvent alors qu'elles étaient très jeunes.
- Les femmes « Male-Coerced Abuser » qui participent à des violences sexuelles sur mineur avec un ou plusieurs autres adultes sous la contrainte d'un homme. Elles agissent sous la menace, mais deviennent alors complices de ces hommes.

Cependant, cette classification, bien qu'étoffée ensuite, reste discutable et critiquée, semblant trop réductrice. En effet, il apparaît que la plupart des femmes auteurs de violences sexuelles ont elles-mêmes été victimes dans l'enfance, et ce proportionnellement plus que les hommes AVS (trois-quart d'entre elles d'après une étude réalisée par L. Merotte et al. [91]. La deuxième catégorie n'est donc pas réellement légitime. De plus, dans la troisième catégorie, d'autres auteurs s'étant penchés sur la question comme Syed et Williams dès 1996 [92] ont décrit que des femmes co-auteurs de violences sexuelles avec des hommes n'étaient pas toujours contraintes par ceux-ci et pouvaient être actrices, voire même parfois contraindre leurs complices hommes.

En France, N. Vidon [93] propose elle aussi une classification des femmes AVS en deux catégories : les femmes AVS ayant agi sur des mineurs dans le cadre familial et celles ayant pour victime un mineur extra-familial. Parmi les femmes ayant agi au sein de la famille, l'auteur fait la distinction entre celles ayant agressé avec la complicité du compagnon, ou avec la participation active en réunion du mari et/ou des amis, et enfin celles qui étaient complices d'agissements de violences sexuelles commises par le mari dans le sens où elles étaient informées de ces agissements et ne les ont pas dénoncés.

Cependant, ces classifications proposées en fonction de l'acte commis ne paraissent pas satisfaisantes pour C. Le Bodic et F. Gouriou [94] qui estiment qu'elles ne permettent pas de décrire au sein de ces catégories des profils psychopathologiques homogènes, et qu'elles ont un aspect normalisant ne convenant jamais complètement à la réalité de la clinique des femmes rencontrées. Pour ces auteurs, la différence avec les hommes réside essentiellement dans les statistiques : les femmes passant à l'acte étant moins nombreuses, moins récidivistes et moins souvent seules dans leur passage à l'acte. Les victimes sont plus fréquemment des mineurs [94]. Elles ont cependant les mêmes caractéristiques psychopathologiques que les hommes, à savoir des défaillances dans la construction identitaire liées à des liens faillibles et rompus dans l'enfance, ayant entraîné des failles narcissiques importantes et conduit à l'utilisation de défenses archaïques.

Ces observations sont confirmées par une étude menée récemment par L. Merotte et al. [91] qui montre que les femmes AVS présentent souvent des antécédents de carences et de violences multiples dans l'enfance. A l'âge adulte on retrouve souvent des comorbidités psychiatriques telles qu'une symptomatologie anxio-dépressive ou une dépendance à l'alcool. La personnalité de ces femmes est décrite comme immature. Une relative fréquence des profils intellectuels déficitaires (78%) est également notée par les auteurs. Il semble pour eux que les axes de prises en charge pour

ces femmes AVS soient les mêmes que pour les hommes AVS, à savoir la prise en charge des comorbidités psychiatriques et la prise en charge psychologique pour aider à la reconnaissance des faits et à la prévention de la récidive.

4. Discussion : existe-t-il un intérêt à ordonner des soins aux AVS ?

a) Conclusion sur les données psychopathologiques

Nous pouvons constater que la population des AVS est la seule ayant fait l'objet d'une recherche clinique préalable à la création d'un SPO spécifique : l'IS. Cette recherche, celle de Balier et al., dans ses conclusions, propose d'instaurer un suivi psychiatrique postpénal qui serait contrôlé par la justice. L'idée d'ordonner des soins sans le consentement préalable de ces sujets est issue des données psychopathologiques qui ont pu être mises en évidence. Du fait de carences dans la construction identitaire et de mécanismes de défense massifs et souvent archaïques, il a souvent été constaté que la souffrance est peu reconnue et représentable chez ces sujets, et donc non-exprimable. Il est donc illusoire d'attendre une demande de soins spontanée de la part des AVS. La souffrance de la victime doit être interprétée comme telle. Le fait de proposer des soins à des AVS et de les aider par la relation thérapeutique à évoquer leur souffrance et à l'élaborer permet dans un cas sur deux d'aboutir à une demande de soins qui n'aurait pas été présente en l'absence de cette démarche.

Dans les conclusions de la recherche, les auteurs conseillent que ces soins débutent dès la détention. Les législateurs choisiront cependant de les imposer uniquement après la sortie de prison, favorisant uniquement l'incitation aux soins pendant la période de détention. De même, Balier et al. n'avaient pas donné de durée limite de ces soins, proposant d'évaluer le terme en fonction de l'évolution clinique du sujet. Là encore les législateurs n'ont pas suivi exactement cette recommandation, proposant une durée limitée dans le temps pour les IS, correspondant à la durée pendant laquelle est ordonnée la mesure de suivi judiciaire à laquelle l'ordonnance de soins est associée.

Par contre les législateurs ont suivi la recommandation proposant l'introduction d'un tiers dans la relation Santé-Justice, afin de libérer le thérapeute de la position d'exécutant de la justice. C'est ce qui a conduit à la création de la fonction de médecin coordonnateur.

Nous avons pu constater que les études ayant suivi la création de l'IS par la loi de 1998 continuent de penser que le soin ordonné par la justice reste légitime au vu des caractéristiques psychopathologiques des AVS, et ce quel que soit le référentiel de pensée des psychiatres. De plus, des structures de soins spécifiques se sont développées sur le territoire, avec notamment l'apport des Centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS). Les propositions de thérapies groupales et l'apport des traitements médicamenteux ont permis d'améliorer l'offre de soins proposée à cette population.

Ainsi, les données fournies dans cette partie nous permettent de penser qu'il y a un intérêt psychopathologique à ordonner des soins aux AVS, et ce d'autant plus que des soins adaptés peuvent être proposés par la psychiatrie.

b) Des SPO pour les AVS : pour quels objectifs ?

Une fois que l'intérêt d'imposer des soins a été établi au vu de la psychopathologie des AVS, le thérapeute peut légitimement se poser la question de l'objectif de cette prise en charge. Le soin devient-il un allié de la justice pour punir le sujet, condamné à venir en consultation ? Ou est-il là pour soigner ? Et dans ce cas, soigner quoi ?

La loi, bien sûr, fait office de sanction. La sanction est évidemment nécessaire pour arrêter et condamner des faits criminels tels que les agressions sexuelles. A. Ciavaldini [95] précise que cette sanction est d'autant plus nécessaire chez les AVS du fait de leurs difficultés à percevoir les limites (intergénérationnelles, entre les sexes, etc.). La loi et la sanction viennent leur signifier une limite, placer l'interdit reconnu par la société. La condamnation permet pour eux, plus que des paroles ou des mots, de les aider à intégrer cette limite.

Cependant, les soins font parti de cette sanction. Or dans une société telle que nous la connaissons aujourd'hui, avec un point de vue sécuritaire et une injonction de plus en plus grande de sa part au « risque zéro » concernant la dangerosité, les services de santé peuvent légitimement craindre une utilisation du soin pour tendre vers ce devoir. Sera-ce ainsi la faute des psychiatres et

psychologues si les délinquants récidivent ? Est-ce une manière pour la justice d'utiliser le soin pour se décharger de son rôle de protection envers la société ?

A. Ciavaldini, en 2004 [95], propose un autre point de vue. Selon lui, c'est l'inverse qui se produit. La Justice dans le cas des AVS admet ses limites. Elle se retrouve confrontée à une impuissance, face à une population pour qui la sanction s'avère nécessaire, mais pas forcément suffisante pour un grand nombre d'entre eux pour éviter la récidive. Elle admet avoir besoin du soin, et remet aux soignants une partie de son rôle pour tenter d'améliorer la sécurité qu'elle est censée pouvoir offrir. Elle a pour cela même, dans la loi de 1998, soumis l'injonction de soins à la décision d'une expertise psychiatrique, se rendant ainsi, pour A. Ciavaldini, liée à la décision du soignant. La loi vient se positionner pour l'AVS en tiers rappelant les règles sociétales et les limites de ces règles, mais elle vient aussi créer les conditions pour faire émerger une demande de soins (difficile chez les AVS), en leur ordonnant le suivi.

Ainsi l'IS ne doit pas amener l'idée d'un choix entre sanction ou soin, mais doit bien être comprise avec ce double objectif de punir et soigner. La sanction étant nécessaire en tant que rappel de la loi et préalable aux soins, la thérapie la complète ensuite en l'expliquant, en permettant au sujet de l'intégrer et en l'aidant à pouvoir être autrement. Ainsi chaque partie, le soin et la loi, ont un rôle propre à jouer, complémentaire, dans la prise en charge des AVS. Pour pouvoir être optimale, leur action doit se faire au mieux, sans empiéter ou compromettre le domaine de l'autre. Ainsi les liens entre Santé et Justice paraissent de nouveau, de ce point de vue, essentiels. Le rôle du médecin coordonnateur, à l'interface entre les deux, semble donc ici encore être capital pour mener un accompagnement optimal de l'AVS.

Pour conclure sur ce double intérêt de l'IS, punir et soigner, A. Ciavaldini parle ainsi de l'IS comme sanction : « Elle autorise des sujets débordés par leurs excitations, en risque d'effondrement psychique, à changer de camp. Elle leur permet de quitter les voies de leur « monstrueux » interne en leur proposant un lieu d'accueil pour que soient pensées leurs pensées. » [95].

Comme nous l'avons vu précédemment, les AVS ont souvent des difficultés à se représenter leur souffrance, et le passage à l'acte vient comme solution apaisante à la montée intense d'excitation interne. Le soin doit donc avoir pour objectif premier de les aider à comprendre leur fonctionnement et leur permettre de faire autrement. C'est l'objectif du soin. Mais de cet objectif découle l'idée que, s'il faut permettre au sujet de trouver une alternative au passage à l'acte, c'est

certaines pour lui éviter de la souffrance, mais aussi pour empêcher la récurrence. Le soin ne peut donc pas se dégager dans ce contexte du rôle que lui attribue la justice, à savoir la prévention de la récurrence. Dans une étude réalisée en 2012 auprès de psychiatres prenant en charge des patients en SPO en Gironde [64], cet objectif de réduction de la récurrence était identifié pour environ un tiers d'entre eux. Il faut préciser que cette étude ne concerne pas uniquement les AVS. Dans une autre étude réalisée par A. Morali et al. en 2011 [96], les psychiatres prenant en soins des AVS sont amenés à se positionner sur un certain nombre de questions, dont les objectifs de l'IS. Pour un tiers d'entre eux (31,1%), c'est la diminution du risque de récurrence qui est citée, les autres réponses sont la psychothérapie (28,4%), l'absence d'objectif identifié (23,9%) et le traitement des comorbidités psychiatriques (16,4%). Ainsi, pour la plus grande partie d'entre eux, la prévention de la récurrence n'est pas l'objectif premier de la thérapie, et la question de l'instrumentalisation par la justice des soins psychiatriques pour rassurer l'opinion ou les politiques reste encore assez répandue d'après cette étude. Il est cependant intéressant de noter que dans cette étude, les trois quarts des praticiens interrogés pensent que le soin peut être un bon outil pour la diminution de la récurrence, même si pour un certain nombre d'entre eux ce n'est pas (ou ne doit pas être) l'objectif principal du soin.

Une autre étude [97] réalisée auprès de professionnels de la justice et de la santé sur la prise en charge des PPSMJ permet de se rendre compte des représentations de chacun sur cette prise en charge. Les notions de « dangerosité » et de « prévention de la récurrence » restent floues et mettent mal à l'aise les acteurs de premier plan, à savoir les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et les psychologues. Et sur cette question, alors que les psychologues sont identifiés par les autres professionnels comme les mieux placés pour aider à la prévention de la récurrence, ceux-ci disent tenter de se dégager de cette charge, ne pouvant en être les garants. Ils affirment se sentir piégés par la justice et en quelque sorte condamnés au soin comme l'est le patient qui se présente à eux. Ainsi, nous voyons que souvent encore, le rôle de chacun n'est pas clair pour les différents acteurs autour du condamné, et la pression sociétale peut parfois être ressentie de manière forte par certains professionnels concernant la prévention de la récurrence. Cependant, J. Chami [98] affirme que l'obligation à se soigner pour le patient, et à soigner pour le thérapeute, est présente dans tous les suivis. Et si elle est plus forte pour les patients en SPO, c'est que les troubles présentés par ces patients se manifestent par une lutte encore plus importante contre le soin et la thérapie. La relation thérapeutique pouvant cependant devenir un chemin d'espoir vers la liberté et la délivrance, grâce à la contrainte initiale. Il paraît donc essentielle d'accepter la contrainte, de la faire vivre dans la thérapie et de l'utiliser au mieux dans la prise en charge.

Pour J.-L. Senon [99], cette insertion du soin psychique dans le domaine pénal a également contribué à élargir le champ d'action de la psychiatrie. En effet, historiquement, les psychiatres avaient à leur charge tout d'abord ceux que l'on appelait les « aliénés », puis les « malades mentaux », soit les personnes présentant des troubles psychiatriques caractérisés, correspondant à l'axe I du DSM. Cependant, avec l'évolution de la clinique, la meilleure compréhension du fonctionnement des troubles de la personnalité a pu donner des pistes de soins pour prendre en charge ces patients. Avec la recherche de Balier et al. de 1996, c'est la compréhension des processus psychopathologiques des passages à l'acte violents qui a permis d'envisager la prise en charge de ces sujets en psychiatrie afin de leur proposer des soins et imaginer les aider à évoluer et modifier leur fonctionnement. Ainsi, selon J.-L. Senon, c'est le débat sur les limites du domaine de la psychiatrie qui se réouvre.

Et ce d'autant plus que ces dernières décennies, la question sécuritaire prend de plus en plus de place dans la société, ce qui est encore plus vrai au cours de l'année qui vient de s'écouler. En effet, la « tolérance zéro » concernant le crime devient une priorité politique, et l'idéal d'un état tout puissant empêchant la récidive, mais également le crime avant qu'il ne soit commis, devient un objectif envisagé. Ainsi, la pression est forte sur les services de sécurité et de justice, et la tentation est grande de déléguer de plus en plus de pouvoirs à la psychiatrie. Le rapport entre Santé et Justice pourrait donc bien s'inverser, avec une ordonnance de la Justice envers la psychiatrie de « soigner » le plus de délinquants possibles afin de les mettre hors d'état de nuire. Il paraît donc essentiel, dans un climat où la tendance est à la réaction immédiate et à la communication optimale autour des peurs de l'opinion publique, de poursuivre les débats et les réflexions autour des rôles de la psychiatrie dans la justice, de ses compétences réelles, et des liens entre ces deux mondes bien différents que sont la Santé et la Justice. Pour ce faire, la formation des professionnels de ces deux entités doit plus que jamais être une priorité, et les missions des intermédiaires entre la justice et le soin doivent être renforcées, à savoir celles des experts psychiatres et psychologues, mais aussi des médecins coordonnateurs et des médecins relais, afin que chacun puisse rester dans son domaine de compétences et que les actions de tous les professionnels autour du sujet condamné puissent se coordonner au mieux.

Ainsi, les principaux objectifs qui se dégagent des SPO pour les AVS sont tout d'abord de lui permettre de comprendre et d'intégrer la sanction pénale, puis de l'aider à modifier son fonctionnement afin d'apaiser sa souffrance, mais aussi de diminuer le risque de récidive. Pour ce faire, il semble important que les professionnels prenant en charge le sujet soient formés et informés

du rôle de chacun, et que des liens entre le soin et la justice puissent se tisser au mieux, via les médecins intermédiaires notamment.

c) Et pour quelle efficacité ?

Après quelques années de mise en place de l'IS en France, nous pouvons légitimement nous poser la question de l'efficacité de cette mesure concernant ses objectifs principaux, exposés ci-dessus.

Pour ouvrir ce propos, évoquons brièvement le cas particulier de Mr. A., dont nous avons exposé la situation tout au long de cette partie.

En effet, Mr. A., récidiviste, est sorti de détention il y a maintenant sept ans. Nous pouvons, sans interprétation excessive, nous rendre compte de l'évolution certaine de Mr. A. avec les soins. En effet, lors des premières consultations, le patient n'est absolument pas volontaire pour les soins, n'ayant à ce moment pas conscience de son fonctionnement et des souffrances que celui-ci peut entraîner chez lui, ainsi que des risques potentiels de nouveau passage à l'acte. Effectivement, une fois que le patient accepte de livrer son vécu en consultation, le thérapeute se rend vite compte d'un retour des idées sexuelles déviantes et des obsessions envahissantes autour des femmes. Le patient est perdu dans ce fonctionnement, seul avec ses ruminations du fait d'un grand isolement social. La mise en place du traitement hormonal assez rapidement, puis dans un deuxième temps le travail thérapeutique, qui se poursuit encore actuellement, ont permis des évolutions notables chez Mr. A. Celles-ci concernent son identité propre tout d'abord. En effet, au cours du suivi, le patient qui vivait dans le moment présent, a pu aborder son histoire, se pencher sur son passé, reprendre contact avec ses frères et sœurs et accéder à la narration. Il a pu reconnecter ainsi avec ses origines, son héritage, ses ressources et ses possibilités. Ceci lui permet progressivement de se projeter vers un avenir plus réaliste et envisageable, en lien avec son histoire personnelle. De même, Mr. A. a pu progressivement se tourner vers l'autre, intégrer l'autre comme ayant sa propre subjectivité. Ceci a probablement été envisageable du fait d'une relation thérapeutique forte, durable et étayante. Nous avons pu constater que progressivement le patient se tourne vers les autres, s'entoure d'un réseau amical et rencontre même une personne avec qui il peut entretenir une relation sentimentale. La diminution des idées déviantes a probablement permis également de laisser plus de place à l'autre dans l'esprit du patient. Enfin, le travail sur les faits, avec la décomposition de la chaîne délictuelle notamment, mais aussi ses distorsions cognitives et son

rapport à la femme, ont permis de désamorcer des situations à risque de récurrence et de faire prendre conscience à Mr. A. de son fonctionnement. Il n'y a pas eu pour l'instant, en sept années de suivi, de récurrence sur le plan des agressions sexuelles. Au vu du fonctionnement de Mr. A., de ses antécédents de récidivistes et des conditions dans lesquelles il était au moment de la rencontre, il paraît légitime de dire que le soin a probablement participé à cette absence de récurrence.

Il reste pour le moment encore trois ans de soins d'après l'ordonnance de la justice, et Mr. A. est toujours sous traitement hormonal. L'étayage va donc devoir se poursuivre de manière importante pour l'aider à franchir les étapes suivantes et espérer ainsi maintenir dans le temps les évolutions positives constatées chez ce patient.

Le cas de Mr. A., qui reste un exemple particulier, semble tout de même être un argument en soi pour l'intérêt des soins sous contrainte chez les AVS, mais qu'en est-il à plus grande échelle ?

Très peu d'études ont été menées concernant l'efficacité de l'IS. Ce sont souvent des études à petite échelle qui concernent essentiellement la mise en application de l'IS sans statuer de son efficacité sur la récurrence, ce type d'étude étant probablement jugé trop complexe pour le mener à bien. Nous citerons tout de même celle réalisée en 2010 en Indre et Loire par G. Auger et al. [100] qui concernait spécifiquement les pédophiles extra-familiaux. Elle évalue la mise en application des soins dans le cadre de l'IS et constate que la plupart des praticiens qui prennent en charge la mesure n'ont pas de formation spécifique et n'ont pas d'intérêt particulier pour la psychiatrie légale. Cependant, dans l'ensemble, les thèmes abordés en thérapie étaient ceux retrouvés dans la littérature spécialisée, à savoir les faits et le passage à l'acte, la sexualité, l'impulsivité et les relations aux autres. Les thérapeutes avaient en général exploré en profondeur la clinique des AVS sans se cantonner à la notion de « pervers » et tentaient de mettre en place une thérapie adaptée aux traits de personnalité et au mode de fonctionnement retrouvés. Sur la question des traitements médicamenteux, certains patients s'étaient vu prescrire un antidépresseur, mais aucun n'avait reçu de traitement hormonal. Le manque de lien avec la justice et le manque de soutien dans la prise en charge était évoqué (c'était avant la création du CRIAVS dans cette région). Ainsi, cette étude permet de montrer qu'en l'absence de conditions optimales de formation et de lieux de soins spécialisés, un grand nombre de thérapeutes mettent tout de même en place des soins les plus adaptés possibles, en fonction de leurs moyens, à la prise en charge des AVS. Des possibilités de soutien et de conseils dans la prise en charge devraient pouvoir aider ces médecins ou psychologues et améliorer l'offre de soins. C'est ce que proposent les CRIAVS qui ont été mis en place dans les

différentes régions du territoire français. Certaines de ces structures, en plus de leur activité CRIAVS, proposent également des prises en charge cliniques. C'est le cas par exemple du centre ERIOS à Bordeaux qui organise des consultations d'évaluation et d'orientation pour les AVS, ainsi que des thérapies de groupe en ambulatoire et dans certains centres de détention de la région.

Les données de l'étude en Indre-et-Loire ont été confortées par une autre étude réalisée en Alsace et en Lorraine et publiée en 2014 [101], également ciblée sur la mise en pratique de l'IS. Les auteurs constatent que la majorité des patients sont suivis en CMP, et pour la plupart d'entre eux une thérapie leur est proposée, en individuel uniquement. Quelques-uns se sont vu prescrire un traitement, parfois un neuroleptique ou un antidépresseur, et pour deux d'entre eux (4% des patients de l'étude), un traitement hormonal freinateur de la libido. Là encore, les auteurs considèrent qu'il s'agit d'un faible pourcentage de ces patients traités par traitement hormonal, alors qu'il est recommandé par la HAS dans les cas de pédophilie sévère ou de risque de récurrence élevée. L'hypothèse que proposent les auteurs à ce sujet, c'est que ce traitement souvent appelé « castrateur chimique » est à la frontière entre le soin et la punition, et qu'il reste probablement difficile pour des thérapeutes d'aborder cette question dans le cadre de la thérapie et du soin. Dans ce sens, le rôle des CRIAVS paraît important pour permettre aux thérapeutes d'avoir recours à leur avis d'expert, en tant que tiers et spécialiste sur le sujet, et permettre peut-être une prescription de ces traitements de manière plus optimale.

Ces études permettent donc de conclure que s'il reste des améliorations à apporter à la mise en pratique de l'IS, celle-ci semble tout de même être plutôt satisfaisante. La présence du MC en soutien de cette prise en charge semble participer à ce constat. De plus, la création des CRIAVS pour aider les professionnels de santé est une initiative positive, et la formation et l'information apportées par ces centres semblent être d'une grande aide pour accompagner ces thérapies au mieux.

Malgré tout, aucune étude clinique en France n'a été publiée avec pour objectif l'évaluation de l'efficacité de l'IS sur la récurrence. La complexité de mener à bien une telle étude est probablement en grande partie responsable de cette lacune. En effet, il s'agit de définir les critères d'efficacité, la durée après laquelle il est possible de juger qu'en l'absence de récurrence le soin a été efficace, et pour avoir suffisamment de patients, il faut que l'étude se fasse à grande échelle, en sollicitant probablement les MC qui sont déjà débordés de dossiers du fait de leur faible effectif sur l'ensemble du territoire. Une étude de ce type serait donc à concevoir, probablement en alliance entre le soin et

le judiciaire, pour pouvoir en déduire des données épidémiologiques fiables et des critères d'amélioration éventuels.

Cependant, si nous regardons la littérature internationale, certaines études ont été menées pour tenter d'objectiver l'impact des soins sur les taux de récidive chez les AVS. Ces études sont à considérer avec mesure, puisque de nombreuses limites existent quand à leur méthodologie, concernant par exemple le recueil des données sur la récidive, l'inclusion des sujets, l'absence de témoins ou encore le type de soins proposés et la durée de suivi (ou celle prise en compte) pour estimer la récidive. Nous citerons tout de même la méta-analyse réalisée par M. Schmucker et F. Lösel en 2008 [102], qui ont sélectionné des études de plusieurs langues, incluant les études n'ayant pas été publiées. Un de leur critère d'inclusion était les études contrôlées (avec un groupe témoin), parmi celles retenues, environ un tiers avaient été réalisées depuis 2000. Cette méta-analyse conclue à une réduction de la récidive de 37% pour le groupe d'AVS ayant suivi un traitement comparé au groupe témoin n'ayant pas été pris en charge. Cependant, cette analyse inclue les études ayant pour méthode de traitement la castration chirurgicale. Si l'on soustrait cette approche et que seules sont considérées comme méthodes thérapeutiques la psychothérapie et la médication, la taux de diminution de la récidive retombe à 25%, ce qui reste tout de même non-négligeable.

En Belgique, T. Pham et al. [103] ont débuté en 2009 une étude prospective concernant le suivi d'AVS par des équipes de soins spécialisées, elle s'intitule « Projet d'évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au sein d'équipes de santé spécialisées en Région wallonne ». Elle évaluera également le taux de récidive de ces AVS. Les auteurs avaient au préalable mené une étude rétrospective dans ces mêmes centres de soins spécialisés et retrouvé un taux de récidive inférieur à celui retrouvé dans les études sur la population générale des AVS. Il s'agit d'une étude qui pourrait servir d'inspiration pour une éventuelle recherche française sur l'efficacité de l'IS.

Après avoir abordé ces considérations, il est important de rappeler que les AVS ne sont pas les seuls sujets à bénéficier de soins pénalement ordonnés en France. Nous avons donc dans un deuxième temps sélectionné une autre catégorie de sujets souvent condamnés à des SPO : les personnes présentant une dépendance à une substance psychoactive. Dans ce cas, ils sont souvent soumis à une OS, et non à une IS. Nous allons donc nous questionner sur la pertinence d'imposer des soins à ces sujets, et sur les modalités d'application de ces soins.

IV. Quelles justifications psychopathologiques aux SPO chez un sujet dépendant à une substance ?

En introduction de cette partie, nous posons la même question que pour la partie précédente : pourquoi s'intéresser particulièrement aux addictions dans ce travail sur les SPO ? La réponse réside dans les études épidémiologiques. En effet, comme le montre une revue de la littérature sur les SPO [40], les études retrouvent jusqu'à 69% de troubles liés à l'usage de substances parmi les personnes adressées pour SPO, que ce soit le trouble psychiatrique principal ou une comorbidité associée. Il s'agit donc du trouble le plus retrouvé dans l'ensemble des SPO, et donc la principale population qui se retrouve en consultation sous contrainte.

Nous aborderons ici essentiellement la psychopathologie des addictions à une substance et en particulier l'addiction à l'alcool. Nous laisserons de côté les addictions comportementales.

En introduction de cette partie, nous évoquerons la situation d'une patiente, Mme L., rencontrée dans un service d'addictologie.

Mme L. est née dans le nord de la France, elle a souvent déménagé depuis qu'elle est enfant, du fait d'abord des mutations professionnelles de son père, puis de ses différentes relations sentimentales à l'âge adulte. Elle est la troisième d'une fratrie de cinq sœurs, les deux plus jeunes sont deux sœurs jumelles. Lorsque nous la rencontrons dans le service d'addictologie de Nantes, elle entretient des liens très distendus avec ses sœurs. Ses deux parents sont tous les deux décédés d'un cancer, à quelques mois d'intervalle, alors qu'elle a un peu plus de vingt ans. C'est elle qui recueille alors ses deux petites sœurs mineures dont elle aura la charge jusqu'à leur majorité.

Concernant son parcours scolaire et professionnel, elle entre en classe SEGPA de la sixième à la quatrième, puis fait un CAP employée technique. Elle obtient son CAP et devient employée de caisse. Son parcours professionnel est chaotique avec de multiples ruptures, du fait de difficultés à maintenir une activité dans le temps.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Elle situe le premier à sa majorité alors qu'elle sort d'une relation avec un compagnon violent physiquement. Le deuxième se déclare après le décès de ses deux parents. Un troisième survient peu avant ses trente ans, juste après l'accouchement d'un enfant mort-né (asphyxié par le cordon ombilical) alors que sa grossesse arrivait à son terme. Cette grossesse était non-désirée, et son

compagnon l'avait quittée deux mois après le début de celle-ci. Elle avait déjà fait précédemment deux interruptions volontaires de grossesse. Plus tard dans le suivi, elle fera une fausse couche avec hémorragie importante. Sur le plan de ses antécédents somatiques, elle a développé une lésion précancéreuse du col de l'utérus ayant nécessité une conisation, et du fait d'une récidive quelques années plus tard, d'une intervention par laser. Elle souffre également d'une bronchite asthmatiforme chronique. Fait intéressant, elle évoque à son arrivée dans la région un antécédent de cancer du poumon qui aurait été traité dans l'est de la France, or plusieurs médecins ont tenté de retrouver les traces de cette intervention sans succès, la patiente restant floue sur le nom de l'hôpital l'ayant prise en charge et disant avoir oublié le nom des thérapeutes.

Mme L. situe le début de ses consommations problématiques d'alcool peu après sa majorité, elle est alors en relation avec un homme qui est lui-même dépendant à l'alcool et qui peut se montrer violent lorsqu'il est alcoolisé. Ses consommations se majorent après le décès de ses parents et elle estime que sa dépendance à l'alcool s'installe à ce moment. Elle a une période d'abstinence pendant sa première grossesse qu'elle réussit à mettre en place d'elle-même. Cependant, les consommations reprennent très vite après l'accouchement de l'enfant mort-né. Elle débute les soins en addictologie alors qu'elle est encore dans l'est de la France avec une cure de sevrage. À son arrivée dans la région, elle débute un suivi en consultations ambulatoires qui semble irrégulier. Elle fera tout de même le projet d'une cure avec post-cure de trois mois dans un établissement spécialisé. C'est à cette période, alors qu'elle est prise en charge en centre de post-cure, qu'elle est adressée dans le service pour évaluation de ses conduites alimentaires. Elle dit présenter des troubles du comportement alimentaire évoluant de manière fluctuante depuis son adolescence et n'ayant jamais été pris en charge.

Au moment où nous la rencontrons, la patiente est en situation précaire, sans emploi depuis plus d'un an. Elle touche le RSA et vit dans un logement social temporaire alors qu'elle vient de quitter un compagnon qui était dépendant à l'alcool et violent envers elle. Elle est extrêmement isolée sur le plan social et familial. Le suivi de Mme L. dans le service sera très haché et complexe. En effet, suite à la première rencontre, elle ne se présentera pas aux rendez-vous suivants. Elle recontacte le service deux ans plus tard, raconte son départ prématuré du centre de post-cure du fait de réalcoolisations, et d'une relation amoureuse chaotique l'ayant fait quitter la région pour le Sud de la France. Mais des réalcoolisations massives avec ce compagnon, accompagnées de violences entraînent une rupture et son retour dans la région. Elle demande de nouveau des soins en cure en urgence, revendiquante, estimant qu'on ne souhaite pas l'aider alors qu'elle ne met elle-même en place aucune action concrète allant dans le sens de ses demandes. Finalement elle est de nouveau perdue de vue après deux consultations. Nous la retrouvons un an plus tard alors qu'elle

vient d'accoucher d'une petite fille. Ce sont les professionnels de la maternité qui reprennent contact avec le service. Son compagnon était dépendant à l'alcool et l'a quittée après quelques mois de grossesse, elle se retrouve donc seule et en situation précaire avec sa fille. Elle a réussi à arrêter les consommations d'alcool pendant la grossesse. La survenue d'une fausse route de son bébé à quinze jours entraîne des angoisses massives. La mère et la fille sont alors prises en charge dans un service d'hospitalisation mère-bébé pendant six mois. La relation étant jugée fusionnelle par les professionnels avec de grandes difficultés de séparation, une prise en charge rapprochée avec un suivi en PMI (Protection Maternelle Infantile) et dans un Centre de la Parentalité est instaurée. Cependant, aucune prise en charge personnelle n'est envisagée par la patiente pour elle-même, et elle est de nouveau perdue de vue par le service. Elle reprend contact plus d'un an après suite à des reconsommations (alors qu'elle était abstinente depuis plus de deux ans). Elle est en couple avec un compagnon qui consomme et sa fille est en cours d'adaptation à la crèche. Elle est de nouveau demandeuse de soins rapidement. Une prise en charge en hôpital de jour d'addictologie dans le service lui est proposée, mais elle ne se présente pas aux rendez-vous suivants et ne reviendra d'elle-même que huit mois plus tard.

Devant l'arrêt de son suivi avec la PMI et le Centre de la Parentalité, ainsi que l'échec de la prise en charge de sa fille à la crèche (elle ne l'y a pas laissée), Mme L. a été convoquée devant le juge des enfants. Celui-ci ordonne un suivi éducatif à domicile pour la fille de la patiente, ainsi qu'une obligation de soins pour elle, avec réévaluation de la mesure dans un an. C'est à partir de ce moment-là que les consultations avec Mme L. vont devenir plus régulières, la patiente devenant plus assidue, et que les soins en hôpital de jour déjà proposés à deux reprises vont pouvoir se mettre en place quelques mois plus tard.

1. Définition de l'addiction

a) *Historique*

La définition de l'addiction a oscillé historiquement, certains mettant l'accent sur la dépendance, d'autres sur la compulsion, voire d'autres encore sur l'aliénation [104]. Le terme de maladie pour évoquer l'addiction s'est généralisé, mais a lui aussi fait débat pour savoir ce qu'il comprend : est-ce juste une maladie physiologique qui comprendrait une dépendance physique au produit, ou est-ce une maladie psychique avec une dépendance psychologique à la substance ?

Face à cette question, quatre définitions de l'addiction existent et s'opposent [104] :

- Celle favorisant la composante physiologique de l'addiction, considérant que la dépendance au produit est essentiellement physique. Le manque et les effets de tolérance sont mis en avant, et les consommations de produit sont considérées comme venant combler les effets physiques du manque.
- Celle mettant au premier plan la dimension psychologique et comportementale de l'addiction. Il est considéré que la personne présente une perturbation de ses émotions, de sa vie familiale, relationnelle et sociale en lien avec sa problématique addictive et que les dommages physiques, en effet constatés, ne sont que collatéraux. C'est la dépendance psychologique au produit qui est la plus invalidante.
- Celle qui met sur un pied d'égalité la dépendance physique et la dépendance psychique à la substance. L'addiction est un processus de dépendance qui peut être physique, psychique ou le plus souvent les deux à la fois. Les caractéristiques retenues de l'addiction sont alors à la fois la compulsion et la tolérance.
- Enfin celle qui ne fait pas de différence entre la dépendance physique et la dépendance psychique, considérant que la dépendance est une notion générale, et ils centrent leur attention sur le produit, chaque produit ayant un potentiel addictif plus ou moins fort. Ainsi, la caractéristique principale des sujets addicts serait la perte de contrôle dans la consommation du produit.

Les critères ayant fait consensus dans la littérature et utilisés par de nombreux auteurs pour décrire et identifier un processus addictif sont les critères de Goodman [105]. Ils font partie de la dernière catégorie définie ci-dessus, à savoir qu'ils ne font pas la distinction entre la dépendance

physique et psychique. La consommation est initiée par le sujet avec un but précis, mais quel qu'il soit (plaisir, soulagement), la personne perd le contrôle de ce comportement. L'accent de cette approche n'est pas mis sur les mécanismes d'initiation du produit, les quantités absorbées ou les symptômes, mais sur la perte de contrôle remarquée et en particulier sur les conséquences néfastes pour le sujet dans sa vie quotidienne. Goodman propose ainsi cinq grands critères pour caractériser l'addiction :

- L'impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- La sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Le plaisir ou le soulagement pendant la durée du comportement.
- La sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- La présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - Survenue fréquente des épisodes quand le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - L'agitation ou l'irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

Ces critères sont issus d'un point de vue majoritairement comportementaliste et s'efforcent à décrire le lien qui existe entre le sujet et le produit. C'est donc une description centrée sur le comportement qui ne s'attache pas à décrire la personnalité du sujet. Il est estimé que quel que soit le mécanisme psychopathologique sous-jacent, le comportement addictif se retrouve être identique chez les différents sujets.

Si l'on reprend le cas de Mme L., la définition de l'addiction selon ces critères s'applique parfaitement. Lorsque dans son parcours un soin en hôpital de jour d'addictologie est finalement mis en place, à la demande de la patiente, cette prise en charge est rendue très compliquée dès le

départ et dans le temps. En effet, nous remarquons une quasi-impossibilité à arrêter les consommations pendant les soins, ce qui est pourtant son objectif déclaré. Le soir et le week-end, elle décrit parfaitement une tension qui se majore avec une préoccupation de plus en plus grande centrée sur le comportement, qui l'envahit jusqu'à ce qu'elle consomme enfin, seule possibilité d'obtenir le soulagement. Une fois la consommation débutée, il arrive très fréquemment qu'elle en perde le contrôle et consomme de manière excessive. Ces alcoolisations massives et répétées ont bien sûr les conséquences décrites précédemment sur sa vie socio-professionnelle puisqu'elles ont conduit à la perte de son emploi, de ses relations familiales et amicales puis à la remise en question de la garde de sa fille. Tous les critères sont donc bien réunis pour parler d'addiction à l'alcool chez Mme L.

b) Les classifications internationales

Dans les classifications internationales, le terme d'addiction n'a pas été retenu. Cependant, dans la définition qu'elles donnent des troubles en lien avec les consommations de substance, nous pouvons retrouver l'inspiration des critères de Goodman énumérés ci-dessus.

C'est le cas notamment du DSM, qui reste dans une approche descriptive du comportement en lien avec la consommation d'une substance.

Récemment encore, le DSM-IV-TR proposait la distinction entre « abus » et « dépendance » à une substance. Le tout nouveau DSM-V a aboli cette distinction et parle de « troubles liés à une substance ». Pour que le diagnostic soit posé, il faut que la substance soit utilisée de manière inadaptée, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Pour cela, il faut retrouver au moins deux des critères suivants :

- La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une durée plus prolongée que prévu.
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser la substance, ou pour récupérer de ses effets.
- Il existe un craving ou une envie intense et irrésistible de consommer.
- L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, au domicile ou à l'école).

- La substance est utilisée malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, bien que ceux-ci soient causés ou exacerbés par la substance.
- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- La substance est utilisée de manière répétée dans des situations où cela peut s'avérer physiquement dangereux.
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne soit consciente d'avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- L'existence d'une tolérance à la substance, celle-ci étant caractérisée par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- L'existence d'un sevrage caractérisé par l'un des critères suivants :
 - un syndrome de sevrage à la substance (qui est fonction de la substance utilisée),
 - la substance est consommée pour soulager ou éviter les effets du sevrage de la substance.

L'intensité du trouble est ensuite classée en fonction du nombre de critères présents, allant d'un trouble léger (deux à trois critères) à un trouble sévère (six critères ou plus), en passant par un trouble jugé modéré (entre quatre et cinq critères).

La CIM-10 n'utilise pas non plus le terme d'addiction et parle de « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des substances psychoactives » (F10-19). Ils sont tout d'abord subdivisés en fonction de la substance : alcool, opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, autres stimulants y compris la caféine, hallucinogènes ou tabac. Dans un deuxième temps chaque trouble est divisé en différents tableaux cliniques dont la symptomatologie peut à nouveau être précisée. Les différents tableaux cliniques proposés sont : l'intoxication aiguë, l'utilisation nocive pour la santé, le syndrome de dépendance, le syndrome de sevrage, le syndrome de sevrage avec delirium, le trouble psychotique, le syndrome amnésique ou le trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive. La CIM-10, tout comme le faisait le DSM-IV, différencie donc la dépendance à une substance de son abus. La définition des troubles est là encore centrée

majoritairement sur la description des symptômes physiques ou psychiques observables objectivement.

Les différentes définitions proposées ci-dessus, pour pouvoir faire consensus, se sont donc centrées sur l'aspect comportemental. Cependant, nous retrouvons déjà dans ces définitions des notions de perte de contrôle, de conséquences néfastes sur la vie du sujet et de symptômes physiques invalidants. Ces éléments sont bien sûr en faveur de l'apport de soins pour ces sujets. Les nombreux effets négatifs à la fois physiques et psychiques décrits par ces définitions pourraient laisser penser que le sujet soit facilement demandeur de soins. En quoi pourrait-il être alors intéressant d'ordonner des soins contre leur volonté à des patients présentant des troubles de la consommation d'une substance ? Y a-t-il des éléments psychopathologiques qui pourraient aller dans ce sens ?

2. Données psychopathologiques

Contrairement à l'injonction de soins pour les AVS, il n'y a pas eu de travaux préalables à l'émergence de l'obligation de soins ou de l'injonction thérapeutique ayant permis une réflexion sur le fait d'ordonner des soins à des personnes présentant une dépendance à une substance. Ainsi, les personnes pour lesquelles l'indication de ces mesures semble pertinente ne sont pas clairement indentifiées. Il s'agit donc ici de réfléchir sur l'intérêt que peut représenter le fait de soigner des sujets présentant une addiction sans attendre leur demande de soins.

a) Comorbidités psychiatriques

Pour reprendre ici l'exemple de Mme L., trois épisodes dépressifs majeurs sont retrouvés dans ses antécédents, en lien avec des événements de vie complexes, mais nous remarquons également qu'ils sont concomitants aux recrudescences de consommations d'alcool massives. La question qui peut légitimement se poser est de savoir lequel de ces troubles intervient en premier : l'épisode dépressif majeur ou les reconsommations d'alcool ? La chronologie n'est pas claire dans le discours de la patiente.

Il est assez fréquent, lorsque l'on reçoit un patient qui présente une addiction à une substance, qu'il présente un certain nombre de comorbidités psychiatriques [104]. Nous pouvons alors nous demander si l'addiction est un symptôme d'une pathologie sous-jacente, elle serait alors

éventuellement une tentative auto-thérapeutique. Ou si à l'inverse l'addiction est primaire et les symptômes psychiatriques rencontrés sont en lien avec les consommations de produits. Ou enfin si le sujet présente deux pathologies distinctes associées, l'addiction d'un côté et le trouble comorbide de l'autre. Le passage par une période d'abstinence paraît souvent nécessaire pour pouvoir faire la distinction. Les principaux troubles associés sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Une étude menée sur une cohorte importante de patients addicts à des substances [106] retrouve des antécédents d'épisode dépressif majeur dans 50% des cas et des antécédents de troubles anxieux dans 37,5% des cas (proportions beaucoup plus importantes que dans la population générale).

S. Neezlof et al [106] ont effectivement constaté une dépressivité plus importante chez les sujets addicts que chez des sujets témoins, et ce sans diagnostic de dépression avéré. Cette dépressivité est souvent corrélée à l'alexithymie que nous évoquerons plus loin. Différentes hypothèses peuvent expliquer cette tendance dépressive. Est-ce un risque d'effondrement dépressif existant, masqué par les conduites addictives qui viennent lutter contre ce risque par l'effacement des émotions négatives ? Est-ce sinon l'addiction qui est en elle-même un facteur de risque de dépression secondaire ? Ou est-ce encore une dépression caractérisée mais non étiquetée comme telle car présentant un mode d'expression différent passant par le comportemental et la recherche d'absence de pensée ? Il semble difficile de pouvoir répondre à ces questions, et il semble probable que ces trois mécanismes puissent être constatés en fonction des sujets et/ou du contexte.

b) Troubles de la personnalité

Une autre comorbidité fréquemment décrite dans l'addiction est la présence associée de nombreux troubles de la personnalité (limite, anti-sociale ou narcissique principalement).

Prenons l'exemple de ce jeune patient, Mr N., suivi pour une obligation de soins pendant plusieurs années dès ses dix-huit ans. Il a un parcours de vie chaotique avec de multiples ruptures familiales et de nombreux déménagements, une scolarité qu'il interrompt sans diplôme à l'âge de seize ans et un début très précoce des conduites addictives. En effet, il commence à consommer du tabac, du cannabis puis de l'alcool dès ses quinze ans, se dirigeant ensuite vers d'autres toxiques dont le GHB qu'il absorbe quotidiennement pendant six mois. Il réussira à se sevrer en cannabis et GHB avant sa majorité, mais continue à lutter contre une addiction à l'alcool tenace malgré plusieurs tentatives de sevrage en ambulatoire ou en hospitalisation. Sur le plan de sa personnalité, il présente une grande fragilité narcissique avec un manque de confiance en lui. Il a tendance à

séparer dans ses relations d'un côté les bons objets, pouvant aller jusqu'à l'idéalisation (par exemple une star idole perçue comme un double ou son grand-père paternel comme figure d'identification) et d'un autre côté les mauvais objets (par exemple sa belle-mère ou sa sœur). Il donne l'impression de ne pas avoir intériorisé d'objet de manière suffisamment sécurisée. Il présente une grande impulsivité, avec des scarifications à l'adolescence et des troubles du comportement (violence, incendie, port d'arme) menant à deux condamnations judiciaires (une période d'incarcération et le début de l'obligation de soins). Il est très sensible aux regards des autres, pouvant parfois éprouver une grande empathie. Il décrit une peur de l'abandon dans ses relations, notamment amoureuses, qu'il investit massivement avec une tendance à la dépendance affective. Il semble ressentir un grand vide interne avec une dépressivité. Les consommations d'alcool semblent avoir pour rôle de combler ce vide et éviter l'élaboration de ses pertes, le comportement étant utilisé comme une lutte contre un probable risque d'effondrement dépressif.

Ainsi, ce jeune homme suivi en obligation de soins pour une dépendance à l'alcool semble présenter les principaux traits du tableau clinique du trouble de la personnalité état-limite, notamment l'impulsivité, les difficultés dans la gestion des émotions et des relations et la fragilité narcissique avec tendance à l'autodestruction.

Pour L. Fernandez et H. Sztulman [104], l'organisation de l'addiction serait une sous-catégorie de l'organisation état-limite. En effet, des traits similaires sont rencontrés dans les deux cas, notamment l'impulsivité, la compulsivité ou encore la dépendance, mais aussi la tendance à la prise de risque pour la recherche de sensations intenses. H. Sztulman approfondit ce rapprochement un peu plus tard [107] en décrivant la « personnalité état-limite addictive ». Il fait entrer sous le terme de personnalité limite à la fois les personnalités border-line, mais également les personnalités narcissiques, dépendantes, antisociales, histrioniques et évitantes. Il estime que sur le plan psychopathologique, l'ensemble de ces troubles de la personnalité peut être rapproché du fait d'une proximité concernant la nature de l'angoisse, le niveau de régression, les troubles de la relation à l'objet, le type de conflit intrapsychique et les mécanismes de défense utilisés. En effet, en s'appuyant sur sa clinique dans laquelle il rencontre de nombreux addicts, plutôt sévères, il remarque peu d'organisations névrosées avec un conflit œdipien construit et des mécanismes de défense matures. De même, il dit rencontrer peu d'organisations psychotiques franches même s'il se questionne sur l'utilisation de l'addiction pour lutter parfois contre un effondrement psychotique. Pour lui, les caractéristiques psychopathologiques principales des personnes présentant un trouble addictif sévère sont la peur de l'abandon, de la perte ou de la séparation avec en contrepartie un

sentiment important de vide, une vulnérabilité des limites et une « impossibilité à produire un sentiment permanent et continu d'existence ». Ce sont pour H. Sztulman des sujets qui ont des difficultés à ressentir, à représenter et à symboliser, d'où la production d' « actes symptômes ». De ce fait, la relation à l'autre est perturbée puisqu'elle est un risque de confrontation au manque, à la frustration. La relation d'objet développée par ces sujets est alors souvent une relation de dépendance agressive dans laquelle ils tentent de maintenir une emprise sur l'autre pour éviter la perte.

Ainsi, l'auteur résume sa visions des principales caractéristiques de la personnalité limite addictive : la relation d'objet est anaclitique (de type emprise dépendante agressive), l'angoisse de fond est une angoisse d'abandon, de perte ou d'éloignement, le conflit intrapsychique principal est un conflit du moi contre l'idéal du moi, le niveau de régression est précœdipien et les mécanismes de défense principaux utilisés sont le clivage, le déni, l'idéalisation et la dévalorisation.

Nous percevons ici l'idée d'un développement psychique perturbé et immature avec des difficultés de représentation, d'élaboration et d'expression rendant difficile la possible demande de soins. Le rôle de l'addiction peut être compris comme solution à des relations objectales complexes et dangereuses.

A la suite de H. Sztulman, G. Pirlot [108] en 2002 propose un rapprochement entre la clinique des addictions et celle des somatisations, affirmant que l'on ne peut pas laisser de côté la question du corps qui est au premier plan chez les personnes addictes. Parmi les apports de la psychanalyse dans la psychopathologie des addictions, G.Pirlot cite les principales observations.

- Il n'y a pas de structure de personnalité spécifique de l'addiction, il s'agit d'un concept très hétérogène.
- L'addiction ne vient pas modifier la personnalité du sujet, elle peut par contre en modifier le fonctionnement psychique.
- Il s'agit chez ces sujets de rechercher un niveau de sensations et d'excitations élevé, qui serait pour eux une manière de lutter contre le vide psychique ou une certaine forme de dépression.
- Le recours à l'addiction serait un mode de défense et de régulation des défaillances pour penser les émotions, du fait d'une alexithymie et d'une pensée majoritairement opératoire. Ainsi, le comportement addictif serait un moyen d'économie psychique et affective.

La psychanalyse propose donc de voir l'addiction comme une solution défensive aux difficultés à ressentir les émotions et à concevoir les relations. Cette solution, en s'installant, peut modifier durablement le fonctionnement du sujet autour de ce comportement.

Pour G. Pirlot, l'addiction serait une solution auto-calmante à une déferlante de pulsions non représentables et difficilement gérables. L'apaisement est obtenu chez ces sujets par le passage à l'acte, par la sensation. Ce mécanisme est propre aux personnalités limites selon lui.

Ce dernier propose une autre hypothèse, issue des concepts freudiens, concernant le fonctionnement des addicts : un défaut d'auto-érotisme somato-psychique expliquerait alors un excès d'auto-érotisme somatique ou corporel pur. Pour lui, les capacités de fantasmatisation seraient insuffisantes, en raison d'un objet interne non ou mal construit, ou du fait de pulsions émergeant de fantasmes trop œdipiens ou incestueux ne permettant pas leur représentation et leur exploitation psychique. Ainsi ces pulsions seraient réprimées, écartées du psychisme et le corps serait alors utilisé comme lieu d'expression auto-érotique du fait de ses sensations-perceptions intenses. L'addiction serait donc un « auto-sadisme » par l'excitation sensorielle qu'elle procure, et qui permet de trouver, par la perception de sensations rythmiques, une auto-régulation de ces pulsions.

P. Jeammet ou D. Marcelli [109],[110] évoquent pour leur part un « aménagement pervers » chez les sujets ayant une addiction, dans le sens où le produit, qui est utilisé comme objet, est potentiellement contrôlable et sous emprise. Le processus d'intériorisation est alors empêché. Pour ces auteurs, cette manière d'utiliser l'objet est particulière à certains sujets, ceux ayant des assises narcissiques fragiles.

M. Valleur et A. Charles-Nicolas ont élaboré le modèle de l'ordalie [111]. Le caractère ordalique est lié, pour les auteurs, à la répétition de la mise en péril. Ainsi, par la conduite addictive, le sujet rechercherait l'éventualité de la destruction. Le fait d'y survivre apporte une dimension héroïque, mais également une légitimité à exister. Mais chez ces sujets instables, les effets de cette réassurance sur leur existence ne sont pas durables dans le temps, ils ne sont que temporaires et nécessitent d'être sans cesse répétés. Il y a donc chez ces sujets une compulsion de répétition afin de retrouver la sensation de bien-être, liée à la jouissance apportée par l'impression de triomphe sur l'objet [112].

Reprenons le cas de Mme L. et essayons d'analyser plus précisément les éléments cliniques. Lorsque nous la recevons en entretien, la patiente présente un sourire de façade presque figé. Elle semble dépenser beaucoup d'énergie à maintenir ce sourire et à donner l'illusion que tout va bien face à son interlocuteur. Elle reconnaît que son sourire « cache » quelque chose, un mal-être sous-jacent mais ne sait pas en dire plus. C'est souvent soudainement que les émotions négatives la débordent, elle se met alors à pleurer d'un coup, mais reprend très vite son sourire. Elle est souvent elle-même surprise par ces débordements, a du mal à décrire ses émotions et ses angoisses. La seule difficulté qu'elle exprime est la sensation de craving, qu'elle n'arrive pas à relier à des moments ou des émotions particulières. Au cours des entretiens, elle tente toujours de dire ce qui pourrait plaire au soignant, semble chercher le discours qui convient. Elle passe beaucoup de temps à écouter les autres patients qu'elle rencontre dans l'unité, tente de les faire rire et prend parfois une place de soignante auprès d'eux s'oubliant complètement. Elle se dévalorise souvent, se jugeant incapable de tenir ses engagements. Elle a beaucoup de difficultés à débiter des projets, étant toujours dans la fuite. Elle est souvent en retard dans ses démarches et un accompagnement par l'éducatrice spécialisée du service lui a été proposé afin de l'aider à prendre confiance dans ses capacités à se prendre en charge. La solitude est extrêmement difficile à supporter pour Mme L., elle a enchaîné les relations sentimentales toute sa vie, n'hésitant pas à suivre ses compagnons chez eux rapidement, quittant travail et logement s'il le fallait. Depuis qu'elle a sa fille, elle a moins tendance à voyager ainsi, mais la séparation avec sa fille est presque impossible pour elle.

Dans ce tableau clinique, nous retrouvons les traits principaux de la personnalité dépendante. Nous retrouvons également une grande difficulté à la reconnaissance, à l'identification et à la gestion des émotions nous faisant évoquer une alexithymie.

S. Neezlof et al. [106] ont décrit dans leurs travaux l'alexithymie comme une caractéristique prévalente dans le phénomène d'addiction. Celle-ci correspond au fait de ne pas trouver de mots pour exprimer ses émotions. Elle peut être primaire, due à un fonctionnement neurologique déficient, ou secondaire, renvoyant à une perturbation des émotions induite (le plus souvent) par un traumatisme [113]. Mais qu'elle soit primaire ou secondaire, l'alexithymie entraîne chez le sujet la même perturbation dans l'identification des émotions. Celles-ci ne sont pas traduites en représentations psychiques et ne peuvent ainsi pas être identifiées et utilisées dans l'interaction avec l'environnement. Pour les auteurs, cette alexithymie entraînerait des consommations de substances addictives dont les effets touchent à la sensorialité afin de pouvoir maîtriser une humeur dysphorique. Au cours de l'évolution de la personne, il y aurait alors un renforcement de ce

comportement : l'alexithymie concourt à l'addiction qui vient renforcer l'alexithymie comme moyen de défense. L'appauvrissement relationnel est majoré et l'alexithymie s'installe comme fonctionnement durable de la personnalité. D'autres études sont venues confirmer ce dysfonctionnement dans la gestion des émotions, avec une proportion d'alexithymie beaucoup plus importante chez les sujets ayant une addiction par rapport aux sujets non-dépendants, et ce de manière significative [114]. Ainsi, A. Bonnet et al. [113] retrouvent près de 45% de sujets ayant une alexithymie parmi la population de dépendants à une substance psychoactive contre 13,5% chez les sujets n'ayant pas d'addiction. Pour ces auteurs, l'alexithymie serait donc un facteur de vulnérabilité chez ces sujets lors des situations ayant une grande charge émotionnelle. Le recours au comportement addictif serait alors favorisé pour apaiser cette surcharge d'émotions. L'alexithymie serait notamment une des caractéristiques principales de la personnalité dépendante [115], ce qui expliquerait la fréquence des personnalités dépendantes parmi les consommateurs de substances. Ceux-ci présenteraient donc un fonctionnement de dépendance large, tant au niveau des consommations de substance qu'au niveau relationnel. Ce fonctionnement pourrait expliquer le glissement parfois constaté d'une dépendance à une autre (comportementale ou relationnelle par exemple) lors d'un sevrage d'une substance.

Outre les personnalités état-limites et dépendantes, les personnalités antisociales sont aussi très souvent une comorbidité des addictions [116]. Les caractéristiques de cette personnalité sont la tendance à la violation des droits d'autrui, l'irresponsabilité, un manque de culpabilité, une grande impulsivité, une tendance aux comportements à risque et aux actes illégaux. Mais nous retrouvons aussi une certaine prédisposition à se méfier des émotions, les réprimer et les refouler, préférant le passage à l'acte à la réflexion. L'alexithymie serait une fois encore une des caractéristiques principales de ce trouble de la personnalité. Elle expliquerait le manque d'empathie et la tendance au recours à l'acte pour gérer les émotions non-identifiées.

Ainsi, l'approche psychopathologique et psychanalytique nous permet d'identifier parmi les consommateurs de substances psychoactives des sujets dont la souffrance est difficilement ressentie et identifiable, et donc exprimable. Ce sont les personnes ayant des comorbidités associées à l'addiction, notamment les troubles de la personnalité, et particulièrement ceux dans lesquels l'alexithymie joue un rôle majeur. La non-reconnaissance et la non-représentation de ses propres émotions semblent expliquer la difficulté à élaborer une demande de soins spontanée chez ces sujets.

c) Autres modèles théoriques : une complexification du concept d'addiction

En plus de s'intéresser à la structure de la personnalité, certains addictologues ont insisté sur l'importance de l'environnement et sur le rôle du produit du fait de ses propriétés biologiques. En addictologie, de nombreux exemples laissent effectivement penser que l'environnement est un élément essentiel.

Nous pouvons citer à nouveau les situations de Mme L. et Mr N., dont les parcours de vie sont jonchés de ruptures dès l'enfance et pour qui l'entrée dans la vie adulte s'est effectuée sans repère affectif stable et sans situation sociale satisfaisante. C'est également le cas de cette autre patiente, Mme P., suivie en OS suite à une incarcération pour consommation et trafic de drogues. Elle décrit des liens familiaux très complexes avec un père absent, une mère effacée et « fragile » et une sœur avec qui les liens sont très conflictuels. Elle évoque une enfance et une adolescence marquée par le « stress », l'ayant conduite très tôt vers des troubles du comportement et des consommations de toxiques. Celles-ci sont allées jusqu'à une consommation d'héroïne en intranasal, puis une dépendance avec mésusage de Subutex® (traitement substitutif des opiacés) suite à son sevrage. Elle a également un parcours scolaire interrompu très tôt, des difficultés à suivre une formation de manière stable et est en situation de grande précarité sociale. Bien d'autres situations sociales de ce type pourraient être rapportées ici.

C. Olievenstein a théorisé ce principe en proposant un modèle en triptyque, trois composants étant selon lui nécessaires au développement d'une addiction. En effet, il s'agit pour lui d'une rencontre entre une personnalité particulière et un produit défini, dans une situation environnementale donnée [117]. Les facteurs de risque liés à la personne sont les éléments génétiques, psychologiques et psychiatriques. Les facteurs de risque liés au produit sont ses capacités à entraîner la dépendance, les complications sanitaires, psychologiques et sociales qui peuvent être provoquées par sa consommation et le statut social du produit. Enfin, les facteurs de risque liés à l'environnement sont l'entourage familial (troubles relationnels, antécédents familiaux de consommation ou carences éducatives) et l'entourage social ou amical (isolement, délinquance, groupe social consommant également, etc.)

La composante environnementale est donc à évaluer et fait partie à part entière de la prise en charge d'une personne addictée, les situations de précarités financières et relationnelles étant fréquemment rencontrées.

Après ce relevé des phénomènes psychopathologiques qui sous-tendent l'addiction, voyons les modalités de prises en charge existantes pouvant être proposées dans le domaine de l'addictologie.

3. Prise en charge de l'addiction

La prise en charge des patients présentant une dépendance à une substance est souvent complexe. Nous allons voir ci-dessous les offres de soins existant actuellement pour les sujets dépendants à une substance psychoactive.

a) *Le travail motivationnel*

L'approche motivationnelle a été développée à partir du modèle sur le changement de DiClemente et Prochaska. Pour rappel, les six stades du changement identifiés sont tout d'abord l'*indétermination* (ou précontemplation) pour laquelle le sujet n'amorce pas de changement, puis il entre dans le cercle du changement en passant par l'étape de l'*intention* (ou contemplation), puis de la *préparation au changement* et de la *mise en action*. À ce stade, deux possibilités s'ouvrent : soit la *rechute* et le cercle reprend à l'étape numéro deux, soit le sujet accède à la *consolidation* de son action. Cette évolution vers le changement est souvent longue et peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années. La rechute fait souvent partie intégrante du processus de motivation au changement, elle est une étape à part entière dans le travail [117].

Souvent, quand le sujet consulte de lui-même les services de soins, il se situe dans la phase de préparation (c'est à dire qu'il a le désir de changer et de passer à l'action prochainement), voire même au stade de l'action ou de la rechute. Lors des soins pénalement ordonnés, il arrive plus souvent que les personnes se situent au stade de contemplation, ayant vaguement l'idée de devoir changer leur comportement, mais pas nécessairement dans l'immédiat. Ils peuvent même parfois être adressés pour des soins alors qu'ils sont en phase pré-contemplative, n'ayant pas identifié leur consommation comme problématique ou n'ayant pas de réelle motivation au changement.

Mme L., lors de sa première rencontre avec le service, a déjà mis une action en marche puisqu'elle est en post-cure, elle est déjà entrée dans le cercle du changement selon DiClemente et Prochaska. Cependant, au cours de sa prise en charge, elle va rechuter et sera dans différentes

dispositions au changement d'une consultation à l'autre. Suite à la post-cure, les différentes rencontres avec la patiente sont très espacées. Elle se situe le plus souvent au stade d'intention voire de préparation au changement. Cependant, elle fuira toutes les actions proposées pour le changement en ne se présentant pas aux rendez-vous suivants. Il est tout de même intéressant de noter que loin du soin elle mettra elle-même en place des actions menant à l'abstinence pendant ses grossesses. La deuxième période d'abstinence sera même maintenue plus de deux ans après la naissance de sa fille, en l'absence de tout soin. Une approche motivationnelle est mise en place avec Mme L. lors des entretiens. Ses motivations intrinsèques sont recherchées : elle évoque l'envie de « s'en sortir », « fonder une famille », « retravailler ». Elle dit avoir intégré les possibilités de s'appuyer sur un suivi médical et social et sur un projet de soins à l'hôpital de jour. Cependant, cet appui ne pourra vraiment s'installer qu'avec la mise en place de l'obligation de soins. Elle pourra d'ailleurs dire qu'elle s'engage dans les soins à 50% pour le juge et à 50% pour elle-même. Elle formule la demande d'être abstinent pour ne pas perdre la garde de sa fille. Mais malgré cette menace, elle n'arrivera pas à cette abstinence. Cette dernière semble être la demande du juge des enfants, elle ne se l'est pas véritablement appropriée. Pendant sa prise en charge à l'hôpital de jour, la patiente est souvent absente, mettant en avant des problèmes concernant sa santé ou celle de sa fille. Elle continue à consommer la semaine et le week-end, souvent avec son nouveau compagnon qui se montre parfois violent envers elle, parfois même en présence de sa fille. Devant ces éléments inquiétants, les éducateurs intervenant à domicile demandent une audience anticipée au juge des enfants. Celui-ci a ordonné récemment le placement de la fille de la patiente avec une heure de visite médiatisée par semaine, et a ordonné un éloignement du domicile familial pour le compagnon violent de Mme L. Il a également renouvelé l'obligation de soins de la patiente. Elle dit maintenant être motivée pour les soins dans le but de récupérer la garde de sa fille, et ré-envisage une prise en charge dans une structure de soins en hospitalisation temps plein, vu que sa fille n'est plus à son domicile. Le travail motivationnel pour l'aider à atteindre son but malgré ses grandes difficultés reste manifestement à poursuivre.

Le travail motivationnel se base sur une technique d'entretien particulière qui a été en partie inspirée du modèle de DiClemente et Prochaska et conceptualisée par W.-R. Miller en 1983, appelée « l'entretien motivationnel » [118]. Il s'appuie sur un constat, à savoir qu'il ne suffit pas que le sujet soit informé des risques de ses conduites pour qu'il modifie son comportement, mais qu'il est nécessaire qu'il soit motivé par l'idée d'un changement. Or l'attitude du médecin donneur de conseils, parfois de manière autoritaire, peut conduire, selon l'auteur, à des mécanismes de défense de la part du sujet qui sont contre-productifs, pouvant aller jusqu'au refus du changement. Il s'agit

donc pour le thérapeute d'adopter une attitude et un style de communication qui puissent redonner au sujet son libre arbitre, en plus de lui fournir l'ensemble des informations nécessaires à ses prises de décision. W.-R. Miller et S. Rollnick proposent la définition suivante pour l'entretien motivationnel : « une méthode de communication, directive, centrée sur la personne, visant l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » [119].

Les grands principes de l'entretien motivationnel sont les suivants :

- *Induire une dissonance cognitive chez le patient.* Il s'agit d'aider le patient à percevoir la différence entre ce qu'il voudrait être, les valeurs qu'il voudrait respecter ou transmettre, et la personne qu'il est actuellement.
- *Faire preuve d'empathie.* L'écoute du patient doit être active et tournée vers la compréhension de ses ressentis et de ses convictions sans émettre de jugement.
- *Amplifier l'ambivalence.* L'entretien doit aider à mettre en évidence de manière explicite et consciente l'ambivalence du patient entre son envie de changement et celle de ne pas modifier ses conduites.
- *Faire avec les résistances du patient.* Elles doivent être reconnues et respectées par le médecin et seront source de tension si on va à leur rencontre. Il faudra utiliser l'ambivalence pour les faire vaciller.
- *Soutenir le sentiment personnel d'efficacité du patient.* Le patient doit être encouragé dans ses convictions personnelles à pouvoir changer, et chaque mouvement vers le changement doit être valorisé.

Pour atteindre ces objectifs, l'entretien se base sur des techniques de communication précises. Il s'agit en effet pour le thérapeute d'utiliser des questions ouvertes laissant libre cours au point de vue du patient et de soutenir les envies ou les actions vers le changement. Il doit utiliser l'écoute réflexive du patient qui consiste à reprendre en écho par la répétition ou la reformulation les propos du patient afin de lui assurer qu'il est bien entendu et compris. Enfin, le thérapeute doit résumer les propos du patient pour l'aider à mieux élaborer son projet de changement.

À partir de ce premier travail sur la motivation, il s'agit donc de guider le patient vers le changement, et ce en deux phases. Tout d'abord l'aider à résoudre son ambivalence, puis le soutenir dans son processus de changement. Pour l'aider à ce changement une fois qu'il en a le désir, il existe

plusieurs types de prises en charge, allant des groupes de parole non thérapeutiques à la prise en charge groupale en structures de soins spécialisées en passant par le suivi ambulatoire individuel. Nous allons maintenant aborder les grands principes de la thérapie en addictologie.

b) *Un travail centré sur les émotions*

La perturbation de la reconnaissance et de la gestion des émotions est au cœur de la problématique de la majorité des personnes présentant une dépendance, quel que soit le trouble de la personnalité sous-jacent. En plus d'avoir des difficultés à percevoir leurs émotions, elles ont le plus souvent des difficultés à les exprimer et à les communiquer aux autres [116]. Cela entraîne un désavantage dans la possibilité de demander de l'aide en lien avec leur souffrance. Le passage à l'acte et les consommations sont donc à la fois le signe et le moyen d'expression de cette souffrance.

Pour espérer une évolution dans le comportement addictif, il semble donc nécessaire de pouvoir travailler sur la reconnaissance et l'expression des émotions afin de modifier le fonctionnement de la personnalité [116]. Une prise en charge psychologique devrait aider le sujet à fixer son attention sur ses ressentis émotionnels et à les identifier. Des activités de soins complémentaires basées sur la gestion des émotions devraient être associées, afin d'aider le patient à éviter le recours à l'acte pour apaiser ses surcharges émotionnelles. Ceci peut passer par des activités corporelles (relaxation par exemple) ou par des médiations utilisant l'expression artistique.

Mme L., durant sa prise en charge en hôpital de jour d'addictologie, aura l'occasion de participer à des activités diverses. Le lâcher prise est difficile pour elle, notamment en relaxation où elle sera par exemple obligée de sortir de la salle à cause d'un fou-rire. Elle se sent en difficulté dans les médiations utilisant le corps. Quant à son travail autour de médiateurs utilisant la peinture ou le dessin, elle le juge systématiquement mauvais, ayant du mal à se lancer et à pouvoir en parler. Une séance intéressante a lieu, durant laquelle elle doit se dessiner en accentuant certains traits. Elle pourra justement y évoquer son sourire de façade et signifier aux autres qu'il ne faut pas s'y tromper, elle souffre en dessous. Nous pouvons donc constater ainsi sa réelle difficulté à parler d'elle, à accepter de recevoir et de ressentir les émotions. Il s'agit donc d'un travail important et essentiel à effectuer avec cette patiente avant d'accéder à un travail d'élaboration. Cependant, du fait de ses nombreuses absences, ce travail n'a pas pu être mené à bien à l'hôpital de jour, et pourra peut-être plus facilement avoir lieu en structure d'hospitalisation complète.

c) *L'approche groupale*

Très pratiquée dans les lieux de soins spécialisés en addictologie, l'approche groupale paraît être essentielle. Il semble en effet que les thérapies de groupe soient de meilleur pronostic qu'une simple prise en charge individuelle en addictologie, quelle que soit l'approche groupale proposée. Une étude avait en effet montré la même efficacité en terme de prévention de rechute entre une thérapie cognitivo-comportementale, une facilitation en douze étapes et une approche motivationnelle [120]. En addictologie, le seul apport du groupe est une aide en soi, sans que la question du soin y soit forcément adjointe. C'est le cas notamment des groupes de parole dans les associations néphalistes, telle que Alcooliques Anonymes pour ne citer que la plus connue. Elles permettent parfois à des personnes de se sortir d'une problématique addictive rien que par l'échange et le partage, sans passer par le soin.

Comment expliquer que l'approche groupale soit particulièrement employée et efficace dans les prises en charge en addictologie ? D. Pringuey apporte quelques éléments de réponse d'un point de vue phénoménologique [121]. En effet, selon lui, la "nostrité" est une expérience originaire essentielle qui permet la construction du Soi. Cette construction, pour qu'elle puisse se faire correctement, dépendrait d'un équilibre entre deux "nous" :

- Le "nous-ensemble" qui est un Soi différent de l'autre mais avec l'autre, définissant un moment, une temporalité où deux personnes distinctes sont ensemble.
- Le "nous-en-partage" qui correspond à ce que deux individus vont mettre en commun, leur mêmeté, leurs similitudes, leur partie de Soi identique à l'autre.

Pour D. Pringuey, chez une personne dépendante à une substance, il existe une perturbation dans l'équilibre entre ces deux "nous". Celui-ci s'avère pourtant nécessaire à la construction et à la bonne évolution du Soi dans le monde. En effet, dans ses périodes d'abstinence, un sujet dépendant est dans une forme d'immense solitude, qu'il tente de rompre par ses consommations. La prise de produit permet de le mettre dans un état où le "nous-ensemble" devient excessif et généralisé, où le « même » est imposé au sujet et où le partage est forcé mais artificiel. Il n'y a jamais de réelle rencontre avec l'autre, dans la solitude comme dans la nostrité, le sujet est différent et à distance de l'autre. Ainsi le sujet, lorsqu'il est au prise avec l'addiction, se retrouve dans un fonctionnement où le "nous-ensemble" prédomine, la personne étant soit dans son excès, soit dans l'absence totale de "nous".

Ainsi, la thérapie de groupe s'appuie sur l'échange des différences de chacun et le partage du même et de la ressemblance. Elle permet alors de remettre de la spatialité dans la vie du sujet, de prendre du recul vis-à-vis de lui-même et de réintroduire du "nous-en-partage", ce qui aboutit à un rééquilibrage du Soi. La confiance en lui-même et en l'autre se renforce. Le sujet ainsi consolidé aura moins besoin d'avoir recours à la consommation pour rencontrer la nostrité [121].

d) *Abstinence vs Réduction des risques*

Le débat entre l'injonction à l'abstinence ou la réduction des risques chez les patients dépendants est encore un débat d'actualité. Il est en lien selon J. Maisondieu [122] avec le regard que la société et les soignants ont posé sur cette dépendance. Nous allons reprendre ces différents points de vue depuis la deuxième moitié du XX^e siècle.

La consommation de substances psychoactives, notamment l'alcool, a longtemps été considérée comme une caractéristique virile chez les hommes et a été encouragée. Ceux ne tenant pas l'alcool ou souhaitant s'abstenir étaient facilement mis à l'écart des groupes de pairs. C'est à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle que la notion de dépendance à un produit est connue, le sujet devenant alors l'esclave du produit. Des travaux scientifiques sont menés, les mécanismes physiologiques de l'addiction sont mis à jour et des traitements sont proposés. Ce discours médical a permis de déstigmatiser la dépendance à l'alcool, mais a aussi enlevé au consommateur son libre arbitre, sa motivation et sa volonté. Il était alors établi que pour se défaire de sa dépendance au produit, il fallait aboutir à l'abstinence totale. Pour ce faire, le seul moyen paraissait être l'éloignement vis-à-vis de la substance. C'est à partir de ce moment que les établissements de cure de désintoxication ont été ouverts, et que les patients ont commencé à aller se faire « soigner » de leur alcoolisme.

Le regard sur ces personnes dépendantes a même été jusqu'à les considérer comme dangereuses. L'État avait promulgué la cure de désintoxication ordonnée par la justice via la loi sur les alcooliques dangereux au cours des années 1950, qui a cependant peu été appliquée, comme nous l'avons vu.

Les soins en cure de sevrage sont toujours appliqués et proposés aux patients présentant une dépendance. Ces soins peuvent durer juste une semaine pour une cure de sevrage simple en milieu médical et ont pour objectif d'aider au sevrage et à la restauration physique. Ils peuvent durer

jusqu'à trois mois dans certains centres spécialisés en addictologie où la cure de sevrage est dite complexe, ou encore nommée post-cure. L'abstinence y est demandée, elle est associée à des médiations thérapeutiques diverses pour un travail plus approfondi sur l'addiction et la personne.

Cependant, le discours médical qui prônait « l'abstinence ou rien » dans la deuxième partie du XX^e siècle a progressivement été nuancé, comme le raconte J. Maisondieu [122]. La nécessité d'une décision du sujet comme préalable à toute abstinence apparaît être la preuve qu'il ne s'agit pas d'une maladie au sens médical du terme. Ainsi, considérer uniquement les personnes dépendantes comme des personnes soumises à un produit, c'est leur enlever leur pouvoir de décision et s'abstenir de la réflexion sur les débuts des consommations excessives. Ce comportement n'est pas une addiction immédiatement, mais le devient souvent progressivement. De plus, les associations néphalistes militent pour prouver que la volonté est la plus importante, et que les cures ne sont pas suffisantes s'il n'y a pas la motivation nécessaire chez la personne. Certains patients arrêtent même l'alcool via ces associations de partage d'expérience entre consommateurs dépendants, alors que plusieurs cures précédentes avaient été vouées à des échecs. La plupart de ces associations continuent cependant d'inciter leurs usagers à l'abstinence totale.

Ainsi, au regard de tous ces éléments, les médecins et notamment les addictologues, ont souvent pris le parti d'adapter leurs discours et leurs pratiques. Le principe de « réduction des risques » apparaît en soins addictologiques, l'idée étant de suivre la volonté du sujet et de proposer des soins adaptés à sa motivation actuelle. Le sujet peut souhaiter une abstinence totale, ou penser pouvoir contrôler sa consommation. L'objectif qui sous-tend le concept de réduction des risques est celui de « réduire les dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation problématique de drogue » [123]. Il s'agit donc d'accompagner le sujet à réduire sa consommation afin de limiter les risques sur sa santé et les retentissements inhérents à ses consommations dans sa vie socioprofessionnelle, familiale et relationnelle.

e) *Association à la prise en charge médico-sociale*

Une prise en charge pluridisciplinaire est souvent essentielle en addictologie, notamment si l'on se réfère à l'approche d'Olievenstein et que l'on considère l'importance non seulement du psychisme, mais aussi du produit et de l'environnement dans le développement de l'addiction.

Ainsi, il paraît important de combiner les interventions d'un travailleur social, d'un psychiatre, d'un psychologue, voire d'un pharmacien de ville, dans le cas d'addictions médicamenteuses ou nécessitant un traitement de substitution [117]. Les échanges entre ces différents professionnels sont essentiels pour assurer un suivi à la fois confortable pour eux et profitable au patient.

Pour Mme L., cette prise en charge pluridisciplinaire se révèle essentielle. Nous avons pu constater qu'en fonction des moments, cette patiente a tendance à investir préférentiellement l'une des prises en charge qui lui sont proposées, mais a du mal à faire le lien entre toutes et à les investir simultanément. Ainsi, elle privilégiera successivement ses démarches sociales, ses soins ou ceux de sa fille, mais elle aura du mal à tout combiner. Avec l'obligation de soins et son investissement plus régulier dans le service, une prise en charge pluriprofessionnelle est rapidement proposée. Elle est suivie par le médecin, la psychologue et l'éducatrice spécialisée du service et participe à des médiations de groupe. Les liens sont faits avec les éducateurs de sa fille et les soignants de la PMI afin de partager certaines informations. Les rôles sont répartis entre les différents professionnels pour l'accompagnement de la patiente dans ses démarches de soins, ses démarches sociales et les démarches pour sa fille imposées par le juge. Mme L. a tendance à rendre floues certaines informations ou fuir certains rendez-vous, les liens entre les différents intervenants étant angoissants pour elle. Cependant, progressivement, la situation de la patiente devient plus claire et sa prise en charge plus cohérente, s'adaptant à la réalité de ses difficultés.

f) Les traitements médicamenteux

C'est souvent lorsqu'il y a eu des troubles des conduites sous l'emprise d'alcool ou de substances illicites que les sujets sont condamnés à des OS et arrivent en consultation. Nous verrons donc essentiellement les propositions médicamenteuses qui existent dans ces indications, et laisserons de côté celles proposées dans l'addiction au tabac ou dans les addictions comportementales.

Tout d'abord, concernant l'alcool, il existe plusieurs molécules à disposition. Nous allons les décliner en fonction de leur principe d'action.

Certaines de ces molécules ont une action antagoniste sur les récepteurs neuronaux aux opioïdes. C'est le cas de la Naloxone (NARCAN[®]), de la Naltrexone (REVIA[®]) et du Nalméfène (SELINCRO[®]). Par ce mécanisme, ils diminuent le potentiel addictif de l'alcool.

D'autres traitements utilisent des modalités d'actions différentes. C'est le cas notamment de l'Acamprosate (AOTAL[®]) qui est un antagoniste des récepteurs au glutamate. Son objectif est d'aider au rééquilibrage des désordres cérébraux causés par l'alcool au niveau neuronal. *C'est celui qui a été proposé à Mme L., avec une efficacité modérée, comme nous avons pu le constater. Elle a pourtant souhaité le poursuivre, ayant tout de même ressenti une diminution de ses envies de consommer.* Le Disulfirame (ESPERAL[®]) est un inhibiteur de l'aldéhyde déshydrogénase, enzyme de dégradation de la molécule de l'éthanal, un produit de la dégradation de l'éthanol qui est toxique pour l'organisme. Le Disulfirame a une action antabuse, c'est-à-dire que si l'on absorbe de l'alcool en association avec le Disulfirame, il y a une augmentation du dérivé éthanal dans l'organisme. Ce dernier entraîne alors des manifestations somatiques telles que des rougeurs, des céphalées et sensations de vertiges, des nausées et vomissements, une tachycardie avec douleur thoracique et possibles malaises, etc. L'effet attendu avec ce type de traitement est le dégoût de l'alcool. Suite à plusieurs accidents graves, parfois mortels, ce traitement est moins prescrit de nos jours. Enfin, le Baclofène, traitement à l'origine d'une grande polémique internationale, est utilisé à forte dose dans le maintien de l'abstinence pour son effet anti-craving. Il agit principalement comme analogue de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) et agoniste des récepteurs GABA-B, qui sont des neuromédiateurs dont l'action est inhibée par l'alcool [124].

Concernant les autres substances psychoactives, les traitements médicamenteux sont moins nombreux.

Il existe cependant des molécules disponibles dans le cas des dépendances aux opiacés. Les deux principales sont la Méthadone et la Buprénorphine (SUBUTEX[®]). Ce sont des traitements de substitution, c'est à dire qu'ils ont une action agoniste sur les récepteurs aux opioïdes en se fixant directement sur eux [125]. Depuis 2012 une nouvelle option est proposée pour la substitution aux opiacés : l'association Buprénorphine / Naloxone (SUBOXONE[®]). Les effets sont similaires à ceux de la Buprénorphine seule, mais l'intérêt de l'association au Naloxone correspond aux effets indésirables de cette substance en cas d'injection intraveineuse. En effet, l'effet shoot est diminué grâce au passage rapide de la Naloxone dans le sang (dégradation dès le premier passage hépatique) empêchant la Buprénorphine d'agir. De plus, l'injection de Naloxone en intraveineux cause des

risques plus importants d'infections cutanées ou de dommages hépatiques. Les patients doivent être informés de ces risques. Ainsi, la prescription est indiquée pour éviter les mésusages de Buprénorphine souvent observés et pour empêcher le commerce parallèle de cette substance dans la rue [126].

En ce qui concerne les autres substances, il n'existe pas de molécules spécifiques recommandées. Certains traitements ont cependant fait l'objet d'études et peuvent être utilisés en l'absence d'efficacité des psychothérapies proposées. Dans le cas de l'addiction à la cocaïne, il semblerait que le Baclofène puisse avoir un effet de diminution du craving et donc de diminution des prises. Le Topiramate (EPITOMAX[®], ayant une indication actuelle dans l'épilepsie ou la prophylaxie de la migraine), pourrait également avoir un intérêt dans cette indication [125].

Quoi qu'il en soit, si la prescription médicamenteuse est indiquée pour un patient donné, elle doit s'inclure dans une prise en charge thérapeutique globale, avec une psychothérapie adaptée et des rendez-vous avec un médecin réévaluant régulièrement l'indication et la posologie de ces traitements.

4. Discussion : existe-t-il un intérêt à ordonner des soins à une personne souffrant d'addiction ?

a) Bilan des données psychopathologiques

Dans cette partie, nous avons pu constater qu'un certain nombre de patients addicts souffrent de comorbidités, soit d'ordre psychiatrique, soit du fait d'un trouble de la personnalité sous-jacent.

Pour les sujets présentant un trouble de la personnalité, il existe plusieurs facteurs intrinsèques à leur fonctionnement psychopathologique qui peuvent expliquer l'absence de demande de soins.

Il s'agit tout d'abord de la présence dans ces troubles de la personnalité d'une alexithymie, ou non-reconnaissance de leurs émotions personnelles. Cette non-reconnaissance des affects, en particulier les affects négatifs, mais également l'impossibilité de les exprimer et les mettre en mots, paraissent être les principaux éléments mettant un frein à la demande de soins. En plus de cette

alexithymie, nous avons pu constater chez ces sujets une ambivalence importante liée à la perte du produit ou du comportement addictif. En effet, pour ces personnes avec une construction identitaire fragile, la relation aux autres est souvent complexe et perturbée, et l'objet addictif aide à la réassurance. Celle-ci est permise par l'élaboration d'une relation avec le produit toujours identique et prévisible : l'effet attendu reste toujours le même. Enfin, les caractères impulsifs, régulièrement retrouvés chez les personnes addictes, sont souvent dus à un recours à l'acte pour éviter la confrontation psychique aux angoisses de perte et d'abandon. Les consommations de produits n'échappent pas à ce rôle. Elles sont un moyen de produire des sensations intenses d'excitation qui permettent de combler le vide psychique et le risque dépressif et d'amener un sentiment de vie et de jouissance. Ainsi, l'arrêt du comportement addictif serait, pour ces personnalités, abandonner le moyen de défense qu'ils ont élaboré pour contrer le risque d'effondrement narcissique. Comment imaginer alors que la demande de soins puisse être pour eux exprimée sans ambiguïté ?

Ces arguments psychopathologiques semblent donc être en faveur d'un intérêt à ordonner des soins aux personnes présentant une addiction à une substance, malgré l'absence de demande spontanée de la part de ces sujets. Et ce d'autant plus qu'il existe des possibilités de soins adaptés avec des professionnels de santé formés. Les techniques de soins centrées sur l'entretien motivationnel, le travail des émotions, l'approche groupale, l'abord socio-environnemental et les thérapies médicamenteuses sont bien développées et permettent d'envisager pour ces patients des suivis adaptés à leur problématique. De plus, le maillage sur le territoire français des structures de soins spécialisées en addictologie est relativement bien fourni, que ce soit des centres de consultations spécialisées, ou des centres hospitaliers proposant des cures ou post-cures.

L'intérêt théorique à ordonner des soins à certains sujets addicts sous contrainte paraît donc démontré ici, mais est-ce efficace dans la pratique ?

Une fois encore, la question est délicate, et la notion d'efficacité peut paraître floue. Qu'attend-on de ces mesures ? Est-ce la même attente du point de vue des soignants et du point de vue de la justice ? L'objectif est-il l'arrêt des consommations de substances ou l'arrêt des troubles du comportement sous l'emprise d'un produit psychoactif ? Concernant l'IS, les objectifs de la justice et du thérapeute peuvent se rejoindre sur la question de la prévention de la récurrence, le cas de l'OS dans l'addiction est plus complexe.

Prenons l'exemple de Mme L. condamnée à une OS au moment du placement de sa fille. Les soins en addictologie sont énoncés par le juge des enfants comme une condition pour que la patiente puisse envisager de récupérer la garde de sa fille. Mais quels sont alors les objectifs de cette prise en charge en addictologie ? Ils ne sont en rien précisés formellement à la patiente, et encore moins aux soignants. La patiente doit-elle montrer son investissement dans les soins ? Doit-elle être totalement abstinente en alcool ? La possibilité de s'inscrire dans une consommation d'alcool modérée et contrôlée pourrait-elle être suffisante ?

Nous voyons bien à travers ces questions que la prévention de la récidive est encore plus vague que concernant les IS, elle peut être source de mal-entendu, et ce d'autant plus que les liens entre le soin et la justice sont faibles voire inexistants. Concernant le cas de Mme L., les informations nous ont été transmises par la patiente ou les éducateurs de sa fille. Et encore, concernant le cas de cette patiente, la question de la garde de sa fille est un enjeu qui permet de définir un objectif aux soins. Pour d'autres patients suivis en OS, les objectifs peuvent être encore plus difficiles à identifier.

Concernant l'efficacité d'une telle mesure, nous pouvons tout d'abord poursuivre sur l'exemple particulier de Mme L.

Mme L. a débuté les soins en addictologie avant que la mesure de SPO ne se mette en place. Elle a déjà des antécédents de post-cures et de périodes d'abstinence complète avant la rencontre avec le service, qui se sont cependant systématiquement soldés par des rechutes des consommations. Nous avons pu constater en reprenant son parcours de soins, que le suivi de Mme L. est très irrégulier, avec des périodes où elle est perdue de vue allant parfois jusqu'à plusieurs mois. Dans les consultations elle est très ambivalente, alternant entre des demandes de soins très pressantes avec une attitude revendiquante et des absences répétées mettant en échec les propositions du soignant. La première mesure d'OS a été prononcée il y a environ un an. C'est à partir de ce moment là que le suivi de Mme L. devient plus régulier, et qu'un projet de soins peut être envisagé et mené à son terme (il s'agit pour elle de l'hôpital de jour d'addictologie). Cependant le fonctionnement de dépendance et de fuite de Mme L. reste bien présent et la prise en charge reste encore très complexe avec persistance des irrégularités et des mises en échec, notamment par la poursuite de ses consommations quotidiennes. Nous pouvons donc proposer l'idée que l'OS a pour le moment permis à Mme L. de s'inscrire dans sa démarche de soins de manière plus régulière et de

débuter un travail sur son fonctionnement en prenant conscience de ses troubles, même si cet axe thérapeutique reste encore à poursuivre.

Concernant l'efficacité des OS de manière plus générale, les études sont encore plus rares que celles concernant les IS. Ceci est probablement dû au très grand nombre de ces mesures prononcées par les tribunaux, ainsi qu'à l'extrême hétérogénéité des profils de personnes condamnées à des OS, que ce soit sur le plan de l'infraction ou sur le plan clinique. Une étude réalisée auprès de psychiatres en Gironde [64] permet de donner le point de vue des thérapeutes, certes à petite échelle, sur les bénéfices d'une mesure de SPO. Pour eux, les soins pénalement ordonnés ont permis pour un quart de leurs patients de prendre conscience de leurs troubles, une inscription dans les soins a pu être possible grâce à la mesure pour 62,8% des patients condamnés, et ceci est surtout constaté pour les patients qui présentent une addiction (76,9% des cas). Cependant, pour les psychiatres ayant répondu à cette étude, la moitié environ des patients suivis n'a tiré aucun bénéfice de la mesure de SPO. Il est à préciser que la majorité de leurs patients avaient comme type de SPO une OS. Cette étude semble faire ressortir l'idée que pour les psychiatres les SPO peuvent être utiles pour les personnes présentant une addiction, dans le sens où ils peuvent permettre une prise de conscience des troubles et une inscription dans le soin. Cependant, ils déplorent un manque de communication avec la justice et un manque de soutien dans la prise en charge en cas de difficulté, d'autant plus que la plupart des psychiatres interrogés n'avait pas de formation spécifique, ni en psychiatrie légale, ni en addictologie. Ils estiment que la mesure de SPO n'est pas utile pour une part importante de la population, y compris parmi ceux ayant des addictions. D'ailleurs l'étude rapporte que 21,2% des psychiatres ayant répondu à l'étude ont déjà interrompu une mesure, du fait d'une absence de demande (85,7%), d'absence de troubles psychiatriques (71,4%) ou de suivi trop irrégulier (57,1%). Les auteurs de l'étude précisent que lors de ces arrêts de soins, il n'y a pas eu de réorientation vers un autre thérapeute dans pratiquement trois quarts des cas, et que 39,4% des psychiatres n'ont prévenu personne de cette interruption (la justice non plus en l'occurrence).

Ainsi, l'OS paraît justifiée pour un certain nombre de sujets ayant une addiction à une substance, pouvant permettre une prise de conscience des troubles, une inscription dans le soin et/ou une évolution dans leur fonctionnement. Mais est-elle justifiée et bénéfique pour tous les sujets dépendants à un produit qui se retrouvent condamnés à une OS par la justice ?

Prenons en exemple le cas de Mr. R., qui a environ vingt-cinq ans et qui se présente en consultation spécialisée en addictologie, orienté par la justice. Il est plutôt de bon contact, a une bonne présentation et bien que réticent à l'idée de venir voir un psychiatre, accepte volontiers l'entretien et se raconte assez facilement. Il a été arrêté près de dix mois avant la consultation pour consommation et trafic de substances illicites (cannabis), le procès a eu lieu récemment, il a été condamné à de la prison avec sursis et mise à l'épreuve comprenant une OS, sans expertise psychiatrique préalable. Il a fait appel de ce jugement, mais sur les conseils de son avocat prend les devants et entame une démarche de soins, qui lui sera probablement ordonnée de toute façon pense-t-il, et complète ainsi son dossier d'appel. Il s'agit d'un patient qui a commencé les consommations de cannabis à l'adolescence, d'abord ponctuelles puis rapidement quotidiennes. Il affirme que c'était pour lui un moyen de se détendre, ayant plutôt un tempérament anxieux avec une tendance à être toujours actif, tant psychiquement que physiquement. Il utilisera le terme d'« hyperactif », mais aucun diagnostic n'a été posé dans ce sens. Malgré ses consommations, il maintiendra sa formation, obtient un BTS dans le milieu du bâtiment. Il réduit ses consommations de cannabis de manière importante quand il entre dans la vie active, même s'il continue à fumer un ou deux joints par jour. Il rencontre une petite amie, s'installe avec elle et s'épanouit dans son travail. Suite à un accident du travail qui le maintient dans l'inactivité plusieurs mois, il se remet à consommer massivement et quotidiennement du cannabis (parfois jusqu'à quinze à vingt joints). C'est alors la descente aux enfers, il perd alternativement son travail et sa compagne, et ne pouvant plus payer son loyer, il se met à vendre lui-même du cannabis. C'est à ce moment-là qu'il est arrêté puis condamné quelques mois après. Le patient, quand je le rencontre, a déjà lui-même diminué sa consommation de cannabis, en fume encore une fois par jour, avant le coucher généralement, mais peut s'en passer certains jours. Il est retourné vivre chez ses parents temporairement, a retrouvé un travail qui lui plaît et recherche un logement qu'il trouve pendant le suivi. Il est bien soutenu par sa famille, avec laquelle il s'entend bien, il a un bon entourage amical. Il est tout à fait conscient de ses troubles liés au cannabis, décrit l'arrestation par les forces de l'ordre comme positive pour lui puisque lui ayant permis de reprendre pied et dit en avoir tiré les apprentissages. Cela semble être le cas puisqu'il a diminué ses consommations et est en cours de réinsertion sociale. Il a bien intégré la peine, ne vend plus de cannabis. En consultation, il s'exprime facilement, a plutôt un bon niveau intellectuel et élabore très bien sur son fonctionnement, mettant en avant une tendance obsessionnelle, sans que ne soit identifié un réel trouble de la personnalité, et encore moins une affection psychiatrique caractérisée. Il ne souhaite pas pour le moment aller plus loin dans les soins en addictologie, la consommation actuelle contrôlée qu'il a lui convient. Les quelques consultations qu'il aura dans le service ne permettront pas de dégager de ligne de travail. En effet,

le patient trouve son évolution personnelle satisfaisante depuis l'arrestation et son fonctionnement n'est pas jugé comme source de souffrance au quotidien. Ainsi, le suivi s'interrompt au bout de quelques consultations. Il est proposé au patient de reprendre contact si nécessaire en fonction de la condamnation en appel, ou s'il en ressentait lui-même le besoin.

Nous évoquons ici le cas de Mr. R. pour donner l'exemple, nous semble-t-il, d'un patient pour qui l'OS ne paraît pas justifiée. En effet, il n'y a chez ce patient aucune pathologie psychiatrique identifiable, ni de trouble de la personnalité caractérisé. Il avait certes une consommation problématique de cannabis, mais qui s'est fortement estompée dès l'interpellation, et n'était déjà plus aussi importante au moment du procès. Il n'y a chez ce patient aucune demande de soins. De plus, le patient, qui a un fonctionnement intellectuel très satisfaisant, est tout à fait en mesure de prendre conscience de ses troubles et de pouvoir élaborer une demande en cas de souffrance particulière. Bien que les conséquences des consommations aient été lourdes, Mr. R. a su se réinsérer et les consommations ne sont plus source de conséquences majeures actuellement. Ce patient n'a pas eu d'expertise psychiatrique avant le procès, c'est donc le juge qui a ordonné ce suivi (même s'il sera remis en cause lors de l'appel). Cette ordonnance de soins psychiatriques n'est pas comprise par le patient qui n'en voit pas l'intérêt. Aucun document n'ayant été transmis par la justice, il devient également difficile pour le soignant de pouvoir justifier le soin quand les demandes de consultations sont nombreuses et difficiles à satisfaire rapidement pour d'autres patients.

Il semble donc que, si l'intérêt d'une ordonnance de soins est perceptible chez certains sujets présentant une addiction, nous pouvons estimer qu'un certain nombre de ces mesures est ordonné par excès et celles-ci n'ont pas d'intérêt d'un point de vue clinique. Pourquoi ces patients se retrouvent-ils alors en consultation ? Un axe de réponse à cette question peut être identifié dans les modalités de mise en pratique des SPO, et notamment de l'OS.

b) L'OS dans les troubles addictifs : une mise en application optimale ?

Nous constatons que les patients présentés en exemple dans cette partie, condamnés par la justice du fait de leurs consommations problématiques de substances psychoactives, ont reçu une ordonnance de soins de la part de la justice sous la forme d'une OS. Or d'après les recommandations rappelées dans notre première partie, une IT aurait été plus adaptée. Cette ordonnance plus systématique des OS par les magistrats peut s'expliquer par la facilité avec laquelle elle peut se

prescrire, ne nécessitant ni expertise psychiatrique préalable, ni organisation du suivi par un médecin relais.

Ainsi, un grand nombre de sujets condamnés à des OS n'ont pas rencontré d'expert psychiatre avant la condamnation et aucune indication médicale de soins psychiatriques n'a été posée, la mesure est indiquée par le juge. Dans l'étude précédemment citée ayant interrogé des psychiatres sur leur pratique des SPO [63], il est relevé que 35,3% des patients suivis en SPO n'ont pas eu d'expertise psychiatrique préalable. De plus, pour ceux ayant eu une expertise psychiatrique avant le procès, la question de l'intérêt d'une mesure de soins ne figure pas systématiquement dans la liste des questions posées à l'expert. Ainsi la question de l'intérêt des soins se pose d'autant plus pour les patients en OS qu'elle ne se pose pour ceux en IS. Il semble d'ailleurs que ce soit cette absence d'expertise dans l'OS, jugée problématique, qui avait entraîné le fait qu'elle soit rendue systématique dans l'IS.

Selon G. Dubret [127], le fait que le soin ait été indiqué est indispensable en général, mais d'autant plus dans ce contexte de SPO où les soins sont souvent contestés ou mis à mal par les sujets. Pour cet auteur, il y a plusieurs « règles strictes » qui devraient être respectées avant de poser une indication de SPO. Son propos concerne l'injonction de soins, mais il nous semble qu'il peut être étendu à l'ensemble des SPO. En effet, il juge qu'une telle mesure ne peut pas être justifiée seulement par un trouble du comportement. Elle doit être indiquée si un trouble sous-jacent est identifié, que ce soit un trouble psychiatrique ou un trouble de la personnalité. G. Dubret note que l'analyse clinique doit être fine, car parfois les sujets peuvent présenter en expertise une apparente normalité et masquer un fonctionnement de la personnalité en réalité très problématique. Un deuxième point important est qu'il ne suffit pas d'identifier un trouble, il faut également savoir si les soins, dans l'état actuel des connaissances, peuvent avoir un impact sur ce trouble et permettre une évolution chez le sujet. En conséquence, découlent pour l'auteur plusieurs éléments à rechercher avant de poser l'indication de soins. Tout d'abord une reconnaissance des faits, même très partielle, doit exister pour le sujet. Si l'infraction est niée totalement, la peine associée et les soins qui lui sont liés, seront rejetés et ne pourront servir à un travail psychique chez le sujet. De plus, pour que le soin puisse être utile, et notamment le travail psychothérapique, il faut que le sujet puisse prendre part à ce soin une fois la motivation au changement obtenue. Pour ce faire, l'auteur estime qu'un minimum de capacités d'introspection et d'élaboration doit être constaté chez le sujet avant de lui proposer des soins.

Ainsi, pour qu'une indication de SPO puisse prendre sens et permettre un réel travail thérapeutique, il faut pouvoir réaliser une analyse clinique fine du sujet pour identifier les troubles sous-jacents au comportement et savoir si des possibilités d'évolution sont envisageables. Avec ces données, le rôle de l'expert psychiatre prend tout son sens. Et sans dénigrer les compétences des juges, il semble que l'analyse clinique et psychique des sujets ne fasse pas partie de leur formation et donc de leur domaine d'action. Ainsi la collaboration d'un expert psychiatre ou psychologue pour estimer l'indication de SPO, quelle que soit sa forme, semble essentielle et devrait être réenvisagée sur le plan législatif. L'indication de soins avec l'idée que « de toute façon, ça ne lui fera pas de mal » ne peut être acceptée au vu des moyens psychiatriques insuffisants actuellement. La question de savoir si les soins psychiatriques peuvent être bénéfiques à un sujet devrait être posée avant toute décision judiciaire.

Outre ces points soulignés par G. Dubret, une autre indication des SPO pourrait être la mise en évidence d'une dangerosité importante avec un haut risque de récurrence. Mais cette question, souvent posée aux experts psychiatres, est épineuse. La dangerosité est une notion non clairement définie sur le plan clinique et juridique, la dangerosité psychiatrique et criminologique peuvent être confondues.

Pour guider les experts dans leur travail, plusieurs outils d'évaluation du risque de récurrence ont été proposés. J.-P. Guay et al. [128] retracent dans une publication récente un historique des différentes méthodes et des différents outils mis à la disposition de la justice et des experts pour évaluer ce risque. De nombreuses études réalisées au cours du XX^e siècle mettent en évidence que l'évaluation du risque de récurrence par des échelles statistiques dites actuarielles est plus fiables que la seule évaluation non structurée d'un clinicien. De ce fait, des recherches ont été effectuées pour proposer aux praticiens des outils les plus fiables possibles pour la prédiction de la récurrence. Tout d'abord ce sont des échelles actuarielles répertoriant une liste de facteurs de risque de récurrence qui ont été élaborées. Les facteurs de risques sélectionnés sont soit uniquement statiques (par exemple la *Violence Risk Appraisal Guide*, ou VRAG, ou la Static-99), soit comprennent des variables dynamiques (par exemple le *Level of Service Inventory-Revised*, ou LSI-R) . Des évaluations médicales structurées par des entretiens cliniques guidés ont ensuite vu le jour dans les années 1990, comme par exemple le *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI) ou le *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20). Les auteurs ont répertorié en tout plus de cent-cinquante outils d'évaluation du risque de récurrence. Bien sûr tous n'ont pas fait leurs preuves dans les différentes études. Il semble surtout que leur performance soit liée à la manière dont les cliniciens

s'en servent. Ainsi, la formation des professionnels à ces techniques d'évaluation de la dangerosité est primordiale. J.-P. Guay et son équipe proposent dans cet article un relevé des principaux facteurs à identifier pour prédire au mieux la récidive : ce sont les antécédents judiciaires, les traits de personnalité psychopathiques, des problèmes relationnels, une mauvaise insertion sociale et des problèmes de consommations d'alcool ou de drogues. Cependant, pour J.-L. Senon et al. [129], ces techniques d'évaluation appelées de deuxième et de troisième génération sont déjà dépassées par des modèles de quatrième et de cinquième génération. Ceux-ci reconsidèrent l'humain au centre de la prise en charge du délinquant, soit pour mettre en avant ses ressources avec le modèle R-B-R décrit plus haut, soit pour aller vers le modèle de la « désistance », c'est-à-dire se centrer sur la réinsertion et aider le sujet à sortir lui-même de la délinquance de manière définitive. Ces modèles sont de plus en plus utilisés au niveau international, par les pays anglo-saxons notamment, et nous avons en France un grand retard concernant cette question de la dangerosité, puisque les débats sont encore à l'utilisation ou non d'outils actuariels. L'entretien non structuré est encore très régulièrement pratiqué dans les évaluations de la dangerosité, tant par le personnel de la justice que par le personnel de la santé. La réflexion sur ces modèles d'évaluation pourrait nous permettre de définir avec plus de précision les personnes à haut risque de récidive pour lesquelles une indication de soins pourrait être établie de fait. Une évaluation de la psychopathologie et des possibilités d'évolution du sujet reste cependant nécessaire.

Un autre point retrouvé dans les différentes études sur la mise en pratique des OS [64],[40], [97] est le manque de liens entre la justice et le soin pour les personnes prises en charge en OS. Cette absence de liens est déplorée par les thérapeutes, car ils ne sont pas informés des faits, de la durée de la procédure et des éventuels troubles identifiés ainsi que des objectifs de soins envisagés si les patients ont été évalués par un expert préalablement. Elle est aussi déplorée par les CPIP qui suivent les mesures judiciaires, puisqu'ils ne reçoivent que des justificatifs de consultations et ne peuvent évaluer si la mesure de soins est efficace ou adaptée aux troubles du sujet. Les échanges entre les thérapeutes et les CPIP sont complexes du fait du secret médical. Si ce secret médical est d'ailleurs revendiqué par les thérapeutes pour protéger leurs patients et leur garantir leurs droits, l'impossibilité dans la mesure d'OS de pouvoir échanger avec un interlocuteur avisé sur d'éventuelles difficultés rencontrées pendant le soin est critiquée. En effet, les personnes addictes, ou même l'ensemble des personnes ayant des troubles des conduites avec un trouble de la personnalité sous-jacent, sont souvent des personnes difficiles à prendre en charge. La possibilité de rompre le secret médical auprès d'une personne désignée, afin d'échanger sur la situation et de dégager des pistes de travail en thérapie serait réclamée par les professionnels de la santé. Nous

voyons bien sûr poindre le rôle essentiel des médecins coordonnateurs ou des médecins relais, interlocuteurs majeurs à l'interface entre le soin et le judiciaire.

Ainsi, il existe un intérêt à ordonner des SPO pour des personnes dépendantes à une substance psychoactive. Mais les indications de ces mesures devraient être réévaluées afin de définir les profils de sujets qui pourraient bénéficier de ce type de soins. Ce pourraient être essentiellement les personnes ayant un trouble psychiatrique ou un trouble de la personnalité présentant des possibilités d'évolution de leur fonctionnement. L'évaluation de la dangerosité pourrait être prise en compte également. L'indication de soins devrait être évaluée par un expert psychiatre. Enfin, la formation des professionnels prenant en charge ces sujets devrait être renforcée et les liens entre la santé et la justice améliorés par l'intermédiaire d'un médecin coordonnateur ou d'un médecin relais. Nous pouvons donc conclure à un intérêt théorique de ces SPO dans les addictions, mais les mesures prononcées actuellement par la justice ne sont pas adaptées pour prendre en charge de manière optimale ces sujets et une grande amélioration reste à effectuer, sur le plan législatif et sur le plan de la formation des professionnels.

CONCLUSION

Les soins pénalement ordonnés sont apparus dans la législation française dans la deuxième moitié du XX^e siècle, issus d'un courant humaniste proposant le soin comme modalité de réinsertion pour les condamnés. Il existe en France trois modalités de soins pénalement ordonnés, l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique, et l'injonction de soins. L'injonction de soins est la mesure jugée la plus aboutie sur le plan législatif puisqu'il est nécessaire de faire appel à l'expertise d'un psychiatre pour l'ordonner et qu'il existe un intermédiaire entre la justice et le psychiatre traitant avec la fonction du médecin coordonnateur. Ce dernier est garant du secret médical et permet une prise en charge la plus adaptée possible au condamné sur le plan du soin, puisqu'il peut le conseiller sur le choix de son médecin traitant, reste à disposition du thérapeute et communique régulièrement à la justice sur l'évolution du sujet.

En comparant la législation française avec celle de sept autres pays européens, nous pouvons conclure que les soins pénalement ordonnés sont une richesse sur le plan législatif. Cependant, la législation française pourrait être simplifiée en ne proposant qu'une seule mesure, qui pourrait se réduire à celle qui paraît la meilleure, à savoir l'injonction de soins. Cette législation comparée permet d'imaginer des améliorations à apporter. L'injonction de soins pourrait débiter dès la période de détention. L'expertise devrait être systématique pour toute ordonnance de soins et pourrait être étoffée par une analyse clinique pluriprofessionnelle. Enfin, la formation en psychiatrie légale des professionnels de la santé et de la justice devrait être améliorée et les liens entre ces professionnels devraient être renforcés.

Sur le plan psychopathologique, il paraît intéressant de pouvoir ordonner des soins à certains sujets, même s'ils ne formulent pas de demande en ce sens. L'indication de soins pénalement ordonnés devrait être posée par un psychiatre et prendre en compte les troubles psychiques repérés et leur possibilité d'évolution. Les soins pénalement ordonnés paraissent ainsi pertinents pour la plupart des auteurs de violences sexuelles, mais également pour d'autres sujets présentant des troubles de la personnalité, comme c'est le cas pour une part importante des personnes présentant une addiction. En effet, ces sujets présentent une difficulté de reconnaissance et d'identification de leurs émotions, qu'ils mettent à distance. Il ont souvent une construction identitaire fragile, et se défendent d'un effondrement narcissique par le « recours à l'acte », parfois violent. La mesure

judiciaire donne l'occasion d'une rencontre avec le soin qui n'aurait pas pu se produire spontanément. L'accueil du sujet porteur d'un soin pénalement ordonné doit être soigneusement préparé par le thérapeute afin de tisser au mieux une alliance thérapeutique. Proposer un soin par la parole et la pensée à ces sujets peut les amener progressivement à prendre conscience de leur fonctionnement et de la souffrance qui en découle. Ce peut être ainsi l'occasion de faire émerger une demande de soins et entraîner le sujet vers un changement. Celui-ci sera bénéfique tant pour lui-même, par l'évolution de ses processus intrapsychiques, que pour la société avec une diminution du risque de récidive.

L'intérêt des soins pénalement ordonnés et les améliorations à leur apporter n'ont fait l'objet que de trop peu de travaux, peu communiqués parmi les professionnels de la psychiatrie. Ainsi, les patients soumis à ces soins sont souvent peu considérés, alors qu'ils nécessitent une attention particulière et une prise en charge réfléchie et adaptée. Les prétextes de ces rejets sont l'absence de demande de soins ou l'absence de pathologie psychiatrique caractérisée en considération de la critériologie actuelle, qui devrait probablement être repensée en profondeur si elle souhaite intégrer la psychopathologie des recours à l'acte violents. Des formations à plus large échelle, mais également des études mieux menées mettant en évidence de manière statistique l'efficacité des soins pénalement ordonnés, seraient probablement des solutions pour mieux faire connaître ces mesures de soins et en promouvoir l'intérêt au sein de la communauté psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Histoire de la psychiatrie en France. [Internet]. [consulté le 20/08/2015]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>
2. Metton A. Données historiques de l'organisation des soins et de la législation en psychiatrie. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson. 2013. (Les âges de la vie).
3. Lantéri-Laura G. Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif. Journal français de psychiatrie. 2001;13(2):29.
4. Beynier D. L'obligation de soins comme alternative à la peine. Santé et Droit. 2010;(numéro spécial):193-203.
5. Cornier K. Les soins pénalement ordonnés. Les Tribunes de la santé. 18 janv 2008;n° 17(4):87-95.
6. Larroque L. Quelle est la place du psychiatre dans les soins pénalement ordonnés ? A propos d'une étude multidisciplinaire dans la région Poitou-Charente. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2014.
7. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ). Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. [Internet]. Févr. 2011. [consulté le 31/08/2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000147.pdf>
8. Boirot J. Experts et expertise psychiatrique pénale en Europe. Étude comparée : Angleterre, Espagne, Roumanie, Suède et France. Question Pénales. févr 2014;XXVII(1):1-4.
9. Senon J.-L. Soins ambulatoires sous contraintes : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. L'Information Psychiatrique. sept 2005;81(7):627-34.
10. Laurencin G. Organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson. 2013. p. 27-34. (Les âges de la vie).
11. CRIAVS Poitou-Charente. Guide pratique des soins pénalement ordonnés à l'usage des praticiens en santé mentale. 2014.
12. Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. mars 2015;173(2):197-202.
13. Baron-Laforet S. Guide des nouvelles obligations de soin. L'information psychiatrique. 1 oct 2009;Volume 85(8):753-7.
14. Blanc E. Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice. Assemblée Nationale. [Internet]; 2009 juill. Report No.: 1811. [consulté le 31/08/2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1811.asp>

15. Blanc E. Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Assemblée Nationale. [Internet] 2012 févr. Report No.: 4421. [consulté le 31/08/2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp>
16. Senon J-L, Manzanera C. L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive. *AJ Pénal*. 2007;(9):367-71.
17. Lievens P, Rihoux F. La Défense Sociale. In Facultés Universitaires Saint-Louis; 2007.
18. Prins A. Criminalité et Répression : Essai de Science Pénale. Kessinger Publishing. 1886. 206 p.
19. Mary P, Kaminski D, Maes E, Vanhamme F. Le traitement de la « dangerosité » en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement. *Champ pénal*. 11 juin 2011 ;(Vol. VIII).
20. Pham T-H, Saloppé X, Bongaerts X, Hoebanx J-L. L'expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique: repères diagnostiques et recommandations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. janv 2007;165(1):49-55.
21. Cartuyvels Y. La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique. *Déviance et société*. 2010;34(4):615-45.
22. Vansteelandt B. Le suivi des délinquants sexuels - dossier n° 108 - 19.12.2006. [Bibliothèque du Parlement Fédéral, Belgique] 2006.
23. Pin X. L'internement du sûreté en Allemagne : une mesure de défense sociale à la dérive. *Déviance et société*. Juin 2011;34(4):527-45.
24. Duncker H. Réflexion critique sur l'obligation de résultats pour la psychiatrie légale en Allemagne. *Rhizome*. sept 2011;(42):5.
25. Sénat. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Sénat; févr. 2004 (Les documents de travail du Sénat). Report No.: LC 132.
26. Dessecker A. Dangerosité, longues peines de prison et mesures préventives en Allemagne. *Champ pénal*. [Internet]. 3 mars 2009;Vol. VI. [consulté le 18/07/2015] Disponible sur: <https://champpenal.revues.org/7507>
27. Held T. Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Allemagne. *L'Information Psychiatrique*. 1 sept 2005;81(7):641-2.
28. Ministère de la Justice, Service des affaires européennes et internationales. Affectation des détenus en établissement sécuritaire : le cas de l'Italie. [Internet]. [consulté le 31/08/2015] 2008. Disponible sur : <http://www.juriscope.org>
29. Bernardi A. Renaissance et mutations de la défense sociale en Italie. *Déviance et Société*. 6 janv 2011;Vol. 34(4):547-69.
30. Dumont AF. Italie : la fermeture définitive des six hôpitaux psychiatriques judiciaires, fin mars, inquiète [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. [consulté le 31 août 2015]. Disponible

sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/03/25/italie-la-fermeture-de-finitive-des-six-hopitaux-psychiatriques-judiciaires-fin-mars-inquiete_747686

31. Ministère de la Justice, Service des affaires européennes et internationales. Affectation des détenus en établissement sécuritaire : le cas de la Suède. [Internet]. [consulté le 31/08/2015]. 2008. Disponible sur : <http://www.juriscope.org>
32. Portail e-Justice européen - Organisation de la justice dans les États membres [Internet]. [consulté le 18 juill 2015]. Disponible sur: https://e-justice.europa.eu/content_judicial_systems_in_member_states-16-fr.do
33. Mental Health Review Tribunal - Community Treatment Orders [Internet]. [cité 16 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.mhrt.nsw.gov.au/civil-patients/community-treatment-orders.html>
34. Padfield N. Drogues, criminalité et prononcé des peines en Angleterre et au Pays de Galles. Archives de politique criminelle. 5 mai 2010;n° 31(1):221-38.
35. Niveau G, Dang C. Nouveaux enjeux de la psychiatrie médico-légale. Revue Médicale Suisse. 2008;(164):1600-4.
36. Peter D. Les soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Suisse. 1 févr 2006;Volume 82(2):165-7.
37. Inchauspe JA. Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Espagne. L'Information Psychiatrique. 1 déc 2005;81(10):923-6.
38. Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés : Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. mars 2015;173(2):203-10.
39. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. puf. Paris; 1996. 253 p. (Le fil rouge).
40. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. L'Encéphale. oct 2015;41(5):420-8.
41. Baratta A, Senninger J-L, Aroudj S. Les auteurs de violences sexuelles en unité pour malades difficiles. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. sept 2013;171(Issue 8):513-7.
42. De Chabalier F, Forzan S. Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. oct 2009;167(8):576-82.
42. Senon J-L, Leturmy L, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux. In: Senon J.-L., Lopez G., Cario R. et al. Psycho-Criminologie. Dunod. Paris; 2012. p. 295-308.
44. Bimbenet J. Projet de loi adopté par l'Assemblée Nationale relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs victimes. [Internet]. Sé-

nat. Commission des Affaires sociales ; 1997-1998. Avis n°51. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/197-051/197-0511.html>

45. Balier C, Ciavaldini A, Girard Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels [Internet]. Direction générale de la Santé; 1996 nov [consulté le 18 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984000637/index.shtml>
46. Archer E. Comment concevoir l'évolution d'une relation thérapeutique pendant et après la détention. In: FFP. Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agressions sexuelles. John Libbey Eurotext. 2001. (Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001).
47. Moulin V., Morhain Y. L'agression de la victime, une modalité de gestion de la conflictualité psychique et de restauration d'une continuité interne. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. août 2014;172(6):419-25
48. Houzel D. Les modèles topologiques. In Winlöcher D. *Traité de psychopathologie générale*. Paris. Puf ; 2005. p. 921-58
49. Balier C., Bouchet-Kervella D. Étude psychanalytique des auteurs de délits sexuels. *EMC – Psychiatrie*. Janv. 2008; 5(2) : 1-10
50. Ciavaldini A. Vers une clinique de l'agir. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2004;162(8):664-7.
51. Huon P., Rebourg-Roesler C. Psychopathologie de l'énonciation dans le champ de la clinique de l'agir : la notion de subjectivité sans sujet. [Internet]. *L'Évolution Psychiatrique*. août 2015. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com>
52. Bertsch I, Cano J-P. Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques - *ClinicalKey*. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. juin 2015;25(2):48-57.
53. Miller W-R, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Dunod. Paris; 2002.
54. Prochaska JO, DiClemente CC. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. 2nd Revised edition. Malabar, Fla: Krieger Publishing Company; 1994. 204 p.
55. McMurran M, Ward T. Motivating offenders to change in therapy: An organizing framework. *Legal and Criminological Psychology*. 1 sept 2004;9(2):295-311.
56. Marshall LE, Marshall WL, Fernandez YM, Malcolm PB, Moulden HM. The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: description and preliminary appraisal. *Sex Abuse*. mars 2008;20(1):25-42.
57. Bessoles P. Criminalité sexuelle et processus autocalmant. *L'Évolution Psychiatrique*. oct 2006;71(4):619-29.
58. Bessoles P. Le paradigme criminel : de la criminogénèse à la multirécidive. In: Wolf-Fedida M. *Phénoménologie et Criminologie*. MJW Éditions. Paris; 2013. p. 41-60. (Criminologie et Anthropologie).

59. Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Gallimard. Paris; 1971.
60. Cosyns P, Hoeree J, De Doncker D. Psychothérapie cognitive et comportementale des auteurs d'agression sexuelle. In: FFP. *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*. John Libbey Eurotext. 2001. (Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001).
61. Vanderstukken O, Schiza G, Archer E, Pham T-H. Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française. In Gatineau; 2005. p. 275-94.
62. Bumby KM. Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sex Abuse*. 8(1):37-54.
63. Ciavaldini A. *Prise en charge des délinquants sexuels*. Yakapa.be. Bruxelles: Frédéric Delcor; 2012. 60 p. (Temps d'arrêt/Lectures).
64. Couhet G, De Rocquigny H, Verdoux H. Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2012;170(8):569-72.
65. Mery-Batissou J, Mery B. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en milieu ouvert au centre médico-psychologique Espace Vienne. In: Ciavaldini A., Balier C. *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Masson. Paris; 2000. p. 141-8. (Pratiques en psychothérapie).
66. Ciavaldini A. Attitudes psychiques du soignant dans la pratique thérapeutique avec le délinquant sexuel. In: Ciavaldini A., Balier C. *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Masson. Paris; 2000. p. 105-15. (Pratiques en psychothérapie).
67. Jaffard C. Relation d'étayage. In: Ciavaldini A., Balier C. *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Masson. Paris; 2000. p. 87-94. (Pratiques en psychothérapie).
68. Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot. Paris; 1976.
69. Cohen S. Face à l'injonction de soins : le problème de l'engagement du travail thérapeutique. In: Ciavaldini A. *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*. In press. Paris; 2003. p. 115-21. (Explorations psychanalytiques).
70. Gravier B. *Violences Sexuelles*. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson. Paris; 2013. p. 285-94. (Les âges de la vie).
71. HAS. *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans*. HAS; 2009 juill p. 37.
72. Coutanceau R. *Délinquants sexuels : stratégies de prise en charge et association de techniques thérapeutiques*. In: FFP. *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*. John Libbey Eurotext. 2001. (Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001).

73. Balier C. Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agressions sexuelles. In: FFP. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. John Libbey Eurotext. 2001. (Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001).
74. Andrews DA, Bonta J, Wormith JS. The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*. 7 janv 2011;38(7):735-55.
75. Benbouriche M, Vanderstukken O, Palaric R, Le Bas P. Prévenir la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel en France : présentation et mise en perspective des interventions cognitivo-comportementales. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson. Paris; 2013. p. 330-4. (Les âges de la vie).
76. Harrault A, Hugon C. Soins aux auteurs de violence sexuelle : approche psychanalytique. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson. Paris; 2013. p. 313-8. (Les âges de la vie).
77. Ciavaldini A. Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. janv. 2004 ;(42):69-78.
78. Réveillaud M, Guyod F. Psychodrame pour les auteurs d'agressions sexuelles : Juste ou les malheurs de la vertu. *L'Évolution Psychiatrique*. juin 2008;73(2):305-18.
79. Thibaut F, Cordier B. Chimiothérapie hormonale, psychotropes des auteurs d'agressions sexuelles : Modalités, indications, objectifs, difficultés et limites. In: FFP. *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*. John Libbey Eurotext. 2001. (Conférence de Consensus, 22 et 23 novembre 2001).
80. Delaverne H, Garcia F, Thibaut F. Recommandations nationales et internationales dans la prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelle. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson. Paris; 2013. p. 335-42. (Les âges de la vie).
81. Baratta A, Javelot H, Morali A, Halleguen O, Weiner L. Place des antidépresseurs dans le traitement des auteurs d'infractions sexuelles. *Sexologies*. juil. 2012;21(3):138-42.
82. Hayez J-Y. Adolescents auteurs d'abus ou de pseudo-abus. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. avr 2010;58(3):112-9.
83. Roman P. Les violences sexuelles des adolescents. In: Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2013. p. 243-50. (Les âges de la vie).
84. Sélosse J. Les délinquances des adolescents. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF. Paris; 2004. p. 2413-36.
85. Lafortune D. Abus sexuel commis par un adolescent et milieu familial. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 2003;(56)3:259-76

86. Pham T-H, Ducro C, Lemasson A-C. Adolescents auteurs d'agressions sexuelles : aspects étiologiques, diagnostiques et pronostiques. *Annales Médico-psychologiques*. juill 2010;168(6):454-7.
87. Roman P. La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques, des auteurs aux victimes de violence sexuelle. L'apport des méthodes projectives. *Psychologie clinique et projective*. janv 2004;(10):113-46.
88. Gamache D, Diguier L, Laverdière O, Rousseau J-P. Agressions sexuelles commises par des adolescents : relations entre des dimensions de l'organisation de la personnalité et des caractéristiques du délit. *L'Évolution Psychiatrique*. oct 2014;79(4):725-38.
89. Smaniotto B, Réveillaud M, Félicier M. Parcours thérapeutique d'un adolescent auteur de violences sexuelles pris en charge dans un dispositif de soins spécifiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. oct 2014;62(6):379-85.
90. Mathews R, Matthews J-K, Speltz K. *Female Sexual Offenders : An Exploratory Study*. VT : Safer Society Press. Orwell; 1989. 113 p.
91. Merotte L, Schiza G, Thomas P. Les femmes incarcérées pour violence sexuelle dans le Nord-Pas-de-Calais. Données sociodémographiques et caractéristiques psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. août 2014;172(6):432-6.
92. Syed F, Williams S. *Études de cas de délinquantes sexuelles sous la responsabilité du service correctionnel du Canada*. Montréal: Santé Canada; 1996.
93. Vidon N. L'abus sexuel au féminin. In: Cario R, Héraut J.-C. *Les agresseurs sexuels : quel(s) traitement(s) ?* L'harmattan. Paris; 1998. p. 101-10.
94. Le Bodic C, Gouriou F. La criminalité sexuelle commise par des femmes : critique méthodologique et épistémologique de quelques travaux nord-américains et français. *L'Évolution Psychiatrique*. janv 2010;75(1):93-106.
95. Ciavaldini A. Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. mars 2004;no 57:23-30.
96. Morali A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H. Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. nov 2011;169(9):578-80.
97. Ventéjoux A, Hirschelmann A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. *Pratiques Psychologiques*. juin 2014;20(2):95-110.
98. Chami J. La contrainte aux soins, enjeux et difficultés. *Connexions*. 24 juin 2013;(99):71-88.
99. Senon J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'évolution psychiatrique*. 2005;70:117-30.
100. Auger G, El Hage W, Bouyssy M, Cano J-P, Camus V, Gaillard P. Évaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire (France). *Annales Médico-Psychologiques*. juill 2010;168(6):462-5.

101. Halleguen O, Baratta A. L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encéphale*. févr 2014;40(1):42-7.
102. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*. févr 2008;20(1):10-9.
103. Pham T-H, Ducro C, Martin M, Pihet B. Projet d'évaluation en continu des caractéristiques délictueuses, des aspects diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au sein d'équipes de santé spécialisées en Région wallonne. *Annales Médico-Psychologiques*. juill 2010;168(6):458-61.
104. Fernandez L, Sztulman H. Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-psychologiques*. 1997;155(4):255-65.
105. Goodman A. Addiction: Definition and Implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85:1403-8.
106. Nezelof S, Corcos M, Bizouard P, Jeammet P. Complexité et enjeux de la recherche clinique en psychiatrie de l'adolescent. À propos de l'étude du réseau dépendance sur les dimensions psychopathologiques communes aux conduites addictives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. févr 2006;54(1):9-15.
107. Sztulman H. Vers le concept de personnalités limites addictives. *Annales Médico-psychologiques*. avr 2001;159(3):201-7.
108. Pirlot G. Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques. *Psychotropes*. 2002;8(2):97-118.
109. Jeammet P. Psychopathologie des conduites de dépendance et l'addiction à l'adolescence. *Cliniques Méditerranéennes*. 1995;47-48:155-75.
110. Marcelli D. Du lien précoce au lien d'addiction: quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1994;42(7):279-84.
111. Charles-Nicolas A, Valleur M. Les conduites ordaliques. In: Olievenstein C. *La vie du toxicomane*. PUF. Paris; 1982. p. 85-102.
112. Pedinielli J-L, Rouan G, Gimenez G, Bertagne P. Psychopathologie des conduites à risques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2005;163(1):30-6.
113. Bonnet A, Bejaoui M, Bréjard V, Pedinielli J-L. Dépendance physiologique et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2011;169(2):92-7.
114. Guilbaud O, Loas G, Corcos M, Speranza M, Stephan P, Perez-Diaz F, et al. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2002;160(1):77-85.
115. Loas G, Cormier J. Personnalité dépendante et alexithymie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2009;167(2):110-4.

116. Reicherts M, Casellini D, Duc F, Genoud P-A. L' « Ouverture émotionnelle » dans les Troubles de la dépendance et les Troubles de la personnalité. *Annales Médico-psychologiques*. sept 2007;165(7):485-91.
117. Chevalier C, Nguyen A, Nougier I, Villéger P. Comprendre le phénomène de l'addiction. *Actualités Pharmaceutiques*. mars 2015;54(544, Supplément):1-5.
118. Rollnick S, Miller W-R, Butler C-C. *Pratique de l'entretien motivationnel*. InterEditions. Paris; 2009.
119. Miller W-R, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed. Guilford Press. New-York; 2002.
120. Edwards G, Taylor C. A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction*. 1 mai 1994;89(5):553-61.
121. Pringuey D. Une phénoménologie de la dépendance à l'alcool. Une expérience primordiale de la « nostrité ». *L'Évolution Psychiatrique*. oct 2005;70(4):771-9.
122. Maisondieu J. Les addictions sont des drogues. *Annales Médico-psychologiques*. sept 2009;167(7):529-33.
123. Ramirez-Jonville A. Toxicomanies: la politique de réduction des risques en France et en Espagne. *La Presse Médicale*. 1 août 2006;35(7):1151-61.
124. Chavagnat J-J, Lévy-Chavagnat D. Les médicaments du sevrage et de la réduction de la consommation. *Actualités Pharmaceutiques*. févr 2015;54(543):26-34.
125. Marie N, Noble F. Dépendance aux drogues : avancées de la neurobiologie et perspectives thérapeutiques. *La Presse Médicale*. déc 2012;41(12, Part 1):1259-70.
126. Audinet A., Nguyen A. La buprénorphine/Naloxone, une alternative dans la dépendance aux opiacés. *Actualités Pharmaceutiques*. oct. 2014 ;539(53):37-41.
127. Dubret G. Articuler la peine et le soin pour les auteurs d'infractions sexuelles. Logique judiciaire et logique médicale - Difficulté du suivi ambulatoire. In: Ciavaldini A. *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*. In Press. Paris; 2003. p. 81-91. (Explorations psychanalytiques).
128. Guay J-P, Benbouriche M, Parent G. L'évaluation structurée du risque de récurrence des personnes placées sous main de justice : méthodes et enjeux. *Pratiques Psychologiques*. sept 2015;21(3):235-57.
129. Gravier B, Senon JL, Lopez G, Cario R. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In: *Psychocriminologie Clinique, prise en charge, expertise*. Dunod. Paris; 2010. p. 51-64.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Recommandations établies par le rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins de l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires de février 2011 :

Liste des recommandations

Responsables :

J : Ministère de la Justice et des libertés

S : Ministère de la Santé

Recommandation n° 1. *Améliorer les applications APPI et GIDE de manière à recueillir et croiser les données relatives au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins et permettre une gestion prospective de ces peines. (J)*

Recommandation n° 2. *Intégrer dans les applications informatiques disponibles le moyen de formuler utilement des requêtes pour mesurer la place de l'injonction de soins, avant jugement, lors du jugement et après jugement. (J)*

Recommandation n° 3. *Entreprendre des recherches pluridisciplinaires dans le but d'améliorer les connaissances sur les causes et les processus d'apparition de la violence sexuelle. (S/J)*

Recommandation n° 4. *Faire évaluer par la Haute autorité de santé les résultats des différentes thérapies appliquées vis-à-vis des auteurs de violence sexuelle. (S)*

Recommandation n° 5. *Assurer une meilleure diffusion du guide de l'injonction de soins actualisé auprès, notamment, des magistrats des juridictions. (S/J)*

Recommandation n° 6. *Prévoir l'élaboration et l'utilisation d'outils d'évaluation du programme sanitaire de prévention de la récidive. (S)*

Recommandation n° 7. *Prévoir l'élaboration d'un document type fixant dans le détail les informations pouvant être transmises par le médecin traitant en milieu ouvert au médecin coordonnateur. (S)*

Recommandation n° 8. *Institutionnaliser dans chaque Tribunal de Grande Instance une commission semestrielle permettant aux services concernés de partager leurs difficultés dans la mise en œuvre des peines. (J)*

Recommandation n° 9. *Proposer aux magistrats qui ordonnent les expertises des canevas de missions type qu'ils puissent comparer aux modèles de questions habituellement posées dans leurs décisions. (J)*

Recommandation n° 10. *Examiner à nouveau l'implantation géographique des établissements spécialisés pour l'accueil des auteurs d'infraction sexuelle en fonction de l'offre psychiatrique territoriale réellement disponible. (S/J)*

Recommandation n° 11. Hiérarchiser, en cas de liste d'attente, les demandes de prise en charge psychiatrique ou psychologique faites par les détenus. **(S/J)**

Recommandation n° 12. Élaborer, dans le cadre de travaux communs Santé-Justice, un contenu type des attestations qui permette au magistrat chargé de l'application des peines d'apprécier la réalité du suivi sanitaire du détenu. **(S/J)**

Recommandation n° 13. Étudier la transformation de l'unité psychiatrique d'hospitalisation du SMPR de Fresnes, après évaluation de son programme de sessions thérapeutiques, en une unité à vocation nationale. **(S/J)**

Recommandation n° 14. Dématérialiser la totalité de la procédure de dessaisissement pour les suivis socio-judiciaires assortis d'une injonction de soins. **(J)**

Recommandation n° 15. Modifier le code de procédure pénale (partie D) pour permettre l'envoi de la copie du dossier au juge de l'application des peines compétent au moins deux semaines avant la date de libération. **(J)**

Recommandation n° 16. Multiplier les désignations anticipées du médecin coordonnateur. **(J)**

Recommandation n° 17. Demander au médecin coordonnateur d'informer tous les tribunaux de grande instance où il est inscrit sur sa disponibilité. **(J)**

Recommandation n° 18. Utiliser systématiquement les permissions de sortir afin que les détenus puissent prendre contact d'avance avec le médecin coordonnateur et le traitant. **(J/S)**

Recommandation n° 19. Rappeler le caractère obligatoire de la communication des informations médicales détenues par les médecins des UCSA et des SMPR au médecin coordonnateur. **(S)**

Recommandation n° 20. Standardiser un document de liaison pour formaliser la transmission des informations essentielles entre professionnels sanitaires du milieu fermé et du milieu ouvert (coordonnateur et traitant) en cas de soins pénalement obligés.

Recommandation n° 21. Tirer d'ici un an, au niveau des ARS, le bilan de l'expérience des équipes mobiles faisant le lien entre milieu fermé et milieu ouvert et pouvant contribuer à une meilleure prise en charge initiale des cas les plus lourds. **(S)**

Recommandation n° 22. Clarifier dans un sens extensif la prise en charge financière des consultations lors des permissions de sortir. **(J/S)**

Recommandation n° 23. Intégrer dans le manuel de certification de la psychiatrie élaboré par la Haute autorité de santé une fiche concernant la continuité des soins prodigués aux détenus libérés. **(S)**

Recommandation n° 24. Introduire dans le référentiel relatif aux tribunaux de grande instance élaboré par l'IGSJ un point de contrôle visant le processus et les délais de mise en place de l'injonction de soins. **(J)**

Recommandation n° 25. Prendre en considération la diversité des profils des AICS dans le choix du type de prise en charge par l'administration pénitentiaire. **(J)**

Recommandation n° 26. Mettre à disposition des juges de l'application des peines un tableau de suivi des injonctions de soins. **(J)**

Recommandation n° 27. Prendre en compte la spécificité de l'injonction de soins dans la répartition des dossiers au sein des services pénitentiaires d'insertion et de probation. **(J)**

Recommandation n° 28. Proposer des bonnes pratiques relatives à la périodicité des rapports des services pénitentiaires d'insertion et de probation et plus généralement à la communication réciproque des documents entre le juge de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation. **(J)**

Recommandation n° 29. Créer un groupe national de travail réunissant des juges de l'application des peines et des conseillers d'insertion et de probation pour optimiser la communication des informations réciproques par APPI ou autres voies . **(J)**

Recommandation n° 30. Rédiger au niveau des deux ministères un vade-mecum du médecin coordonnateur des injonctions de soins. **(S/J)**

Recommandation n° 31. Confier à la Haute autorité de santé l'élaboration d'un référentiel à l'intention des médecins coordonnateurs. **(S/J)**

Recommandation n° 32. Recommander l'élaboration locale de protocoles tripartites (tribunal de grande instance-service pénitentiaire d'insertion et de probation-médecin coordonnateur) à partir d'un protocole-cadre. **(J/S)**

Recommandation n° 33. Demander aux ARS d'établir chaque année, en année pleine, le nombre de coordonnateurs payés, le nombre de cas par coordonnateur, et le nombre d'entretiens supérieurs à deux. **(S)**

Recommandation n° 34. Supprimer le plafond des dossiers susceptibles d'être confiés à un médecin coordonnateur. Le principe d'un maximum de personnes suivies simultanément étant fixé par décret (C santé publ., art. R. 3711-8), on pourra dans un premier temps relever de manière significative ce plafond par arrêté. **(S)**

Recommandation n° 35. Supprimer l'incompatibilité, pour une même personne, entre la fonction d'expert intervenant avant la libération et celle de coordonnateur intervenant ultérieurement. **(S)**

Recommandation n° 36. Diffuser une note conjointe des ministères de la Santé et de la Justice sur la responsabilité des médecins coordonnateurs. **(S/J)**

Recommandation n° 37. Assouplir les exigences de formation imposées aux non psychiatres par l'arrêté du 24 mars 2009, en étalant cette formation, en la couplant avec un tutorat, et en instituant un mécanisme de validation des acquis de l'expérience. **(S)**

Recommandation n° 38. Raccourcir dans les tribunaux et les ARS les délais préalables au paiement des coordonnateurs. **(S/J)**

Recommandation n° 39. Formaliser la candidature à la fonction de coordonnateur, qui devra la motiver et remplir les rubriques d'un formulaire-type. (J/S)

Recommandation n° 40. Rendre tacites et enfermer dans un délai les avis formulés concomitamment par l'Ordre des médecins et par l'agence régionale de santé. (S)

Recommandation n° 41. Prévoir d'inscrire la formation à la prise en charge sanitaire des personnes soumises à une obligation ou à une injonction de soins parmi les orientations nationales du plan de formation 2012 des personnels relevant de la fonction publique hospitalière. (S)

Recommandation n° 42. Demander aux ARS d'inclure dans le schéma régional d'organisation des soins l'offre de soins pénalement obligés et notamment la création éventuelle de consultations spécialisées au sein de certains CMP. (S)

Recommandation n° 43. Étudier la mise en place d'une indemnité forfaitaire de suivi des auteurs d'infraction sexuelle pour les psychologues traitants exerçant à titre libéral. (S)

Recommandation n° 44. Prévoir l'élaboration d'un document type d'information du médecin traitant par le médecin coordonnateur. (S)

Recommandation n° 45. Inviter la Haute autorité de santé à réaliser un référentiel de bonnes pratiques à l'usage du praticien traitant agissant dans le cadre d'une injonction de soins. (S)

Recommandation n° 46. Systématiser la participation des centres de ressources à l'offre de soins spécialisés à des auteurs de violence sexuelle. (S/J)

Recommandation n° 47. Officialiser la vocation des centres de ressources à susciter des candidatures à la fonction de médecin coordonnateur et les inciter à élaborer, en relation avec les juridictions de la région, un dispositif d'information sur la fonction. (S/J)

Recommandation n° 48. Renforcer le rôle des centres de ressources, en liaison avec les agences régionales de santé, dans le déploiement de l'offre de soins imposés aux auteurs de violence sexuelle. (S)

Recommandation n° 49. Mieux intégrer les partenaires extra-sanitaires dans l'accomplissement des missions des centres de ressources. (S/J)

Recommandation n° 50. Préciser rapidement les missions des centres de ressources pour les étendre éventuellement aux personnes violentes soumises à une injonction de soins. (S)

Recommandation n° 51. Synthétiser au niveau national les rapports d'activité des centres de ressources en tant qu'observatoires privilégiés de l'injonction de soins. (S)

Recommandation n° 52. Normaliser la présentation des rapports d'activité en y intégrant quelques indicateurs d'activité communs. (S)

Recommandation n° 53. Inviter les centres de ressources à recueillir auprès des procureurs de la République les chiffres disponibles relatifs aux injonctions de soins et aux obligations de soins ainsi qu'à regrouper les données relatives au nombre et aux modalités des soins prodigués. (S/J)

Recommandation n° 54. Faire définir par les ministères concernés les indicateurs propres à permettre une évaluation du dispositif de l'injonction de soins. **(J/S)**

Recommandation n° 55. Faire des recherches visant à mieux comprendre les déterminants criminologiques des violences, notamment sexuelles, à travers l'histoire personnelle et familiale et l'environnement social de leurs auteurs. **(J/S)**

Recommandation n° 56. Développer des recherches pour permettre de mieux discriminer parmi les auteurs de violence sexuelle ceux pour qui une prise en charge psychiatrique ou psychologique est indiquée. **(S)**

Recommandation n° 57. Évaluer comparativement l'efficacité des diverses approches thérapeutiques : psychothérapie individuelle ou de groupe, psychothérapie, psychodynamique ou cognitivo-comportementale. **(S)**

Recommandation n° 58. Développer des recherches permettant de mesurer l'effet de l'injonction de soins sur l'état clinique de la personne prise en charge, en détention et pendant le déroulement de la mesure, notamment en demandant à titre systématique au médecin coordonnateur un rapport de fin de mission. **(S/J)**

Recommandation n° 59. Encourager des études de cas anonymisés permettant d'analyser l'adhésion aux soins des personnes sous injonction de soins. **(S)**

Recommandation n° 60. Conduire des recherches pour mesurer l'effet de l'injonction de soins sur la récidive en menant une étude longitudinale de cohortes selon des méthodes de mesure standardisées. **(J/S)**

Recommandation n° 61. Réaliser dans des cas de récidive grave des analyses de processus susceptibles de révéler des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de l'injonction de soins. **(J/S)**

ANNEXE 2 : Recommandations établies par le rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel présenté à l'Assemblée Nationale le 29 février 2012 :

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Recommandation n° 1 : simplifier et clarifier le code de procédure pénale, en confiant cette mission à un comité composé de magistrats, d'avocats, de professeurs de droit et de personnalités qualifiées dont les propositions ne seront pas nécessairement faites à droit constant.

Recommandation n° 2 : limiter le recours obligatoire à l'expertise psychiatrique et rendre possible sa substitution, sous certaines conditions, par une expertise psychologique ou médico-psychologique.

Recommandation n° 3 : permettre au juge de l'application des peines de demander une évaluation de dangerosité non seulement avant une éventuelle libération conditionnelle mais à tout moment au cours de la détention.

Recommandation n° 4 : faire évoluer le dispositif technique de placement sous surveillance électronique mobile afin de permettre au juge d'utiliser de façon optimale cette possibilité.

Recommandation n° 5 : harmoniser la répartition des compétences entre le juge de l'application des peines et le conseiller d'insertion et de probation et favoriser l'établissement d'une relation directe entre ces deux acteurs.

Recommandation n° 6 : favoriser la signature de conventions ou de protocoles entre les acteurs locaux du suivi des auteurs de violences sexuelles, afin de mieux coordonner l'action des différents professionnels intervenant dans ce domaine.

Recommandation n° 7 : rendre possible la mise en place d'une cellule de suivi renforcé, réunissant le juge de l'application des peines, le procureur, le conseiller d'insertion et de probation, la police ou la gendarmerie, ainsi que les autorités municipales et préfectorales dans les cas où le risque de récidive apparaît particulièrement élevé.

Recommandation n° 8 : assurer une meilleure répartition des effectifs de conseillers d'insertion et de probation sur le territoire et recentrer ces personnels sur leur cœur de métier.

Recommandation n° 9 : généraliser la possibilité de confier les dossiers particulièrement complexes à deux conseillers d'insertion et de probation.

Recommandation n° 10 : mettre en place des modules de formation communs à l'ensemble des intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, par le biais des CRIAVS.

Recommandation n° 11 : rénover le logiciel APPI afin qu'il soit effectivement utilisé par les juges et conseillers d'insertion et de probation et qu'il assure un gain de temps réel à ses utilisateurs.

Recommandation n° 12 : accélérer la mise en service du Répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires.

Recommandation n° 13 : poursuivre la spécialisation des établissements pénitentiaires et des équipes soignantes en milieu carcéral, tout en respectant le principe de maintien des liens familiaux par une meilleure répartition des établissements sur le territoire.

Recommandation n° 14 : mettre en place, en milieu fermé, des programmes intensifs volontaires à destination des auteurs de violences sexuelles dans chaque établissement spécialisé sur le modèle de l'Unité psychiatrique de Fresnes.

Recommandation n° 15 : permettre aux thérapeutes de continuer à suivre en milieu ouvert les patients qu'ils accompagnaient en détention, dans un souci de continuité des soins et d'efficacité au long cours des thérapies suivies grâce au maintien de l'« alliance thérapeutique».

Recommandation n° 16 : favoriser l'émergence et le développement de consultations post-pénales identifiées et spécialisées dans le traitement des auteurs de violences sexuelles, sur le modèle de l'unité ÉRIOS de Bordeaux ou de l'unité PARI de Grenoble.

Recommandation n° 17 : confier à un centre post-peine spécialisé le suivi médical, psychologique et psychiatrique des cas les plus complexes.

Recommandation n° 18 : permettre à des psychologues spécialisés dans les auteurs de violences sexuelles d'exercer les fonctions de coordonnateur, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, afin de répondre à la pénurie de médecins coordonnateurs.

Recommandation n° 19 : formaliser les conditions d'exercice des fonctions de coordonnateurs et les relations avec les services de la Justice par la diffusion d'un vademecum et référentiel des pratiques ainsi que par la conclusion d'un protocole de collaboration institutionnalisée.

Recommandation n° 20 : établir des indicateurs de ressources et de résultats afin d'évaluer l'action des CRIAVS, qui prendraient notamment en compte l'exercice systématique de la mission d'appui opérationnel et de coordination de l'offre de soins destinée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Recommandation n° 21 : accorder aux CRIAVS la compétence de principe de constituer des plateformes référentielles cliniques avec les structures assurant les consultations post-pénales ouvertes aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Recommandation n° 22 : charger les CRIAVS d'une mission d'information et de sensibilisation destinée à inciter les thérapeutes à l'exercice des fonctions de médecins coordonnateurs.

Recommandation n° 23 : mettre en place un numéro d'écoute d'urgence, anonyme et gratuit, disponible 24h sur 24h, pour prévenir le passage à l'acte et orienter rapidement les personnes en demande de soins vers des structures d'accueil d'urgence.

Recommandation n° 24 : expérimenter l'accompagnement des auteurs d'infractions à caractère sexuel par des cercles de soutien et de responsabilité impliquant, avec une certaine sélection, des associations bénévoles.

Recommandation n° 25 : créer un centre public de recherche fondamentale et appliquée spécialisé dans le traitement et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles qui s'attache à produire et à collecter une réflexion théorique portant à la fois sur les soins et de formation, en associant l'ensemble des acteurs du monde judiciaire et médical.

Recommandation n° 26 : intégrer la problématique des infractions à caractère sexuel parmi les axes de travail de l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONRDP), notamment sous l'angle de l'étude des cas de récidive.

Recommandation n° 27 : développer une véritable filière universitaire de criminologie en France, accessible en formation initiale comme en formation continue.

Recommandation n° 28 : aborder la délinquance sexuelle dans le cadre de la formation initiale de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'exécution de la peine et la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel : juges, personnels de l'administration pénitentiaire, psychiatres et psychologues.

Recommandation n° 29 : favoriser l'accès des magistrats à des éléments précis et actualisés de criminologie par le biais de la formation continue.

Recommandation n° 30 : créer un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de psychiatrie médico-légale ainsi qu'un tutorat pour les internes en psychiatrie désireux de s'engager dans l'expertise, le suivi ou le traitement notamment des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Recommandation n° 31 : revaloriser le statut des experts pour orienter vers cette fonction des praticiens libéraux et de jeunes psychiatres : revalorisation financière, raccourcissement des délais de paiement, mise en place d'un tutorat, révision du statut des praticiens hospitaliers, simplification des démarches administratives, possibilité d'un travail collégial.

Recommandation n° 32 : développer de nouveaux centres régionaux d'évaluation pluridisciplinaires, afin de répondre à l'augmentation des besoins expertise et intégrer des psychiatres spécialisés au sein des équipes.

Recommandation n° 33 : valider une échelle actuarielle française prenant en compte des facteurs de protection ainsi que des facteurs dynamiques, dans le cadre des expertises psychiatriques en complément des entretiens cliniques.

ANNEXE 3 : Tableau des recommandations de l'HAS sur la prise en charge médicamenteuse des AVS :

Tableau 2. Algorithme de la prise en charge médicamenteuse des auteurs d'agression sexuelle ²²		
Niveaux	Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel	- Psychothérapie (utiliser TCC si thérapeute formé) afin de prévenir les récives
Niveau 2	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 - Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie)	- Psychothérapie - IRS (hors AMM) sous réserve d'utiliser des doses comparables à celles prescrites dans le trouble obsessionnel compulsif (ex. fluoxétine 40 à 60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j)
Niveau 3	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction modérée de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4-6 semaines d'IRS à dose élevée - Paraphilie avec caresses mais sans pénétration - Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel	- Psychothérapie - Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène (ex. acétate de cyprotérone 50-100 mg/j <i>per os</i>)
Niveau 4	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction importante de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3 - Risque modéré, ou dans certains cas plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes) - Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5	- Psychothérapie - Dose standard d'acétate de cyprotérone : 200-300 mg/j <i>per os</i> - Si présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'antiandrogène
Niveau 5	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition quasi complète de l'activité et du désir sexuels - Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères - Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle - Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4	- Psychothérapie - Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire triptoréline ou leuproréline [la leuproréline n'a pas d'AMM dans cette indication]) : 3 mg/mois ou 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire) - Il est souhaitable d'associer de l'acétate de cyprotérone à l'analogue de la GnRH pendant le premier mois de traitement afin de prévenir le risque de rechute du comportement sexuel inapproprié qui pourrait être induit par l'augmentation transitoire du taux de testostéronémie liée à l'instauration de la prescription d'analogue de la GnRH
Niveau 6	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels - Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 - Les cas les plus sévères de paraphilies	- Psychothérapie - Prescrire l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/j <i>per os</i>) en association avec un analogue de la GnRH - Un IRS peut également être associé

²² Thibaut F. et al. And the WFSBP Task Force on Pharmacological treatment of paraphilias. World Journal of Biological Psychiatry, in press 2010.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

NOM : ARRIVÉ

PRÉNOM : Maud

Titre de Thèse :

**LES SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS : ORIGINES, CADRES LÉGISLATIFS
FRANÇAIS ET EUROPÉENS, DONNÉES PSYCHOPATHOLOGIQUES**

RÉSUMÉ

Trois modalités de soins pénalement ordonnés sont nées en France dans la deuxième moitié du XX^e siècle, l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins, cette dernière étant la plus aboutie sur le plan législatif.

Une étude de législation comparée avec sept pays européens permet d'affirmer que les soins pénalement ordonnés ambulatoires sont une modalité de peine souhaitable, même si quelques améliorations législatives peuvent être imaginées.

L'analyse des données psychopathologiques des auteurs de violences sexuelles et des personnes addictes montre chez ces sujets des difficultés à repérer leur fonctionnement et la souffrance associée. Ceci peut expliquer l'absence de demande de soins initiale et donne un argument en faveur de l'ordonnance de soins obligés. La première partie du travail thérapeutique sera d'aider le sujet à percevoir sa problématique afin de faire émerger une demande de changement. La formation des professionnels pour ce faire devrait être améliorée, et des études fiables sur l'efficacité de ces mesures devraient être envisagées pour apporter du crédit et une attention plus particulière à l'intérêt des soins pénalement ordonnés.

MOTS-CLÉS

SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS ; OBLIGATION DE SOINS ; INJONCTION THÉRAPEUTIQUE ; INJONCTION DE SOINS ;
PSYCHIATRIE LÉGALE ; PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE ; AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES ; ADDICTIONS