

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Laboratoire d'Ethique Médicale

et Médecine Légale

Directeur : Professeur Christian HERVÉ

DIPLÔME UNIVERSITAIRE

CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES AUTEURS D'INFRACTION A CARACTERE SEXUEL

TITRE DU MÉMOIRE

**L'Antenne Psychiatrie/Justice : Expérience d'une équipe de soins dans les locaux de la Justice
depuis 1988.**

Par Monsieur Baptiste ORIEZ, Infirmier D.E.

Année 2010/2011

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier tous les intervenants de ce Diplôme Universitaire ainsi que les personnes qui jugeront mon travail et plus particulièrement les Drs S. BARON LAFORET et A. CASANOVA pour leurs enseignements, les rencontres qu'elles nous ont permis de faire, leur sérieux et leur bonne humeur qui auront été des plus appréciables tout au long de cette formation.

Je tiens particulièrement à remercier tous mes amis et collègues de l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire (UFPPP) du Centre Pénitentiaire et Nancy-Maxéville et de l'Antenne Psychiatrie/Justice ainsi que mes collègues de la Bibliothèque du Centre Psychothérapique de Nancy qui ont pris le temps de m'aiguiller dans ce travail.

Je remercie également tous mes « Compagnons de D.U. », venus de toute la France, tant pour les échanges professionnels et amicaux que nous avons eu que pour leur humour, leur gentillesse et leur enthousiasme.

Cette énumération serait incomplète si j'avais oublié de remercier les personnes en charge du Secrétariat du Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale sans qui rien n'aurait été possible.

SOMMAIRE

Remerciements

A.	Introduction	2
B.	Aspect historique	2
1.	Bref historique de la Folie.	3
2.	La Justice : Evolution carcérale et accessibilité aux soins pour tous.....	7
C.	Le dispositif Nancéen des soins pénalement ordonnés aux personnes placées sous main de justice (PPSMJ)*.....	12
1.	Quelques mots sur l'équipe de psychiatrie qui travaille en milieu pénitentiaire	12
2.	L'Antenne Psychiatrie/Justice : Un dispositif soignant novateur et précurseur au sein de la Justice....	14
D.	L'Articulation Santé / Justice :.....	26
1.	Entre indépendance et interdépendance.....	27
a.	Les juridictions judiciaires.....	27
b.	Des soins, pénalement ordonnés, à l'intervention soignante	28
2.	Soigner et punir	32
a.	un travail en pluridisciplinarité.....	32
b.	Un parallèle entre le milieu pénitentiaire et l'articulation à l'extérieur	35
3.	Les Limites	38
E.	Antenne Psychiatrie/Justice et Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS)	40
1.	Le Contexte.....	41
a.	D'un point de vue historique.....	41
b.	Une définition	42
2.	Spécificité des pratiques de l'Antenne Psychiatrie/Justice	43
3.	Le CRIAVS - Lorraine	49
F.	Conclusion.....	50
G.	Bibliographie	
H.	Lexique	

Annexes

- Annexe 1
- Annexe 2
- Annexe 3
- Annexe 4

A. Introduction

Nous évoluons actuellement au sein d'une société que j'oserais appeler « standardisée », où les priorités individuelles n'entrent que très peu en écho avec les prérogatives administratives et financières fixées aux plus hautes sphères gouvernementales.

Les logiques sanitaires comme judiciaires obéissent à ce même fonctionnement même si elles s'y confrontent dans des ressorts différents. Nous allons tout d'abord nous intéresser à l'évolution qu'a connue la psychiatrie, de la fin du Moyen Âge à telle que nous la connaissons aujourd'hui puis développerons ses interconnexions avec le domaine judiciaire et plus spécifiquement le champ pénal et le milieu pénitentiaire (carcéral mais aussi et surtout probatoire).

Nous développerons ensuite la manière dont un dispositif, pour le moins atypique, a pu se développer aux confins de deux milieux, le soin et la peine, abordant l'individu par des approches totalement opposées bien qu'interdépendantes. Comment cette interface Santé/Justice s'est-elle construite ? Comment a-t-elle trouvé la place qui est la sienne actuellement et quels sont ses objectifs ?

Il s'agit ensuite de questionner une articulation Santé/Justice complexe notamment dans la rencontre de ces nouvelles collaborations pour favoriser en premier lieu la prise en charge des individus accueillis. Comment développer un travail partenarial opérant et quelles sont ses limites ?

Nous aborderons enfin plus particulièrement la manière dont les personnes condamnées pour des faits d'infractions à caractère sexuelle (AICS) sont accompagnées au sein de ce dispositif de soins qui évolue dans un établissement de l'Administration Pénitentiaire (AP) ainsi que les collaborations qui animent le réseau nancéen. De quelle manière, l'arsenal législatif et sanitaire déployé depuis la loi du 17 juin 1998¹ se transpose-t-il sur le terrain ?

B. Aspect historique

¹ Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. [En ligne]. [Consulté le 02.07.2011]

L'Histoire a pendant longtemps indifférencié le justiciable du malade mental avant de les cloisonner pour aujourd'hui tenter d'assouplir cette radicale distinction.

Nous allons aborder les évolutions parallèles de la psychiatrie et de la prison. Toutes deux aménagées au fil du temps dans un souci commun de protection de la société puis des valeurs démocratiques et humanistes avec leur ouverture sur l'extérieur.

1. Bref historique de la Folie.

Michel FOUCAULT nous enseigne dans 2 ouvrages majeurs que sont *La folie à l'âge classique* (1972) et *Maladie mentale et psychologie* (1954), que l'histoire de l'hôpital psychiatrique est avant tout indissociable de l'histoire de la folie.

*Le regard de la société sur la folie, son expression humaine autrement dit le fou mais aussi l'institution qui l'accueille, ont au cours des siècles, tous connus des évolutions liées aux croyances et aux savoirs de ces différentes époques.*²

Au Moyen Âge, celui que l'on appelle l'insensé, est vécu comme un errant à qui l'on prête un savoir, peut être la connaissance d'une certaine vérité, il est toléré, touché par Dieu, sa folie est énigme, possession, elle exerce même une certaine fascination.

*Si l'adaptation à la réalité de ces malades est suffisante, ils sont employés à divers travaux domestiques, agricoles ou autres. Si leur état est plus altéré, le renfermement le plus souvent dans des conditions déplorables est de rigueur.*³

*Il était admis, pour des raisons de charité, que les insensés ne devaient être ni poursuivis, ni condamnés, car Dieu les avait déjà assez punis par leur folie même, et que les hommes n'avaient pas à prétendre substituer leurs châtements à son insondable sagesse. L'autorité administrative pouvait bien les priver de leur liberté, mais il s'agissait d'une mesure de sureté, qui ne constituait pas une punition et ne comportait rien d'infamant.*⁴

² MERCKLING, J. *Le métier d'infirmier en santé mentale : savoirs et pratiques*, Paris : Seli Arslan, 2007. 318p.

³ FOUCAULT, M. *La folie à l'âge classique*. Gallimard. PARIS, 1972. 583 p.

⁴ LANTERI-LAURA, G. *Psychiatrie, justice et déviance sexuelle* In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5^e conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 2001. Paris : J. Libbey eurotext, 2001. pp. 3-15

Tantôt vécu comme une menace pour l'ordre public, à partir du milieu de XVIIème siècle et pendant presque 150 ans, le fou est exclu, enfermé et considéré comme appartenant à une catégorie « inutile » au même titre que le pauvre, le vagabond, l'invalidé, le vieillard dans la misère, le réfractaire au travail, le vénérien, le libertin ou encore le criminel.

Leur point commun étant « l'incapacité dans laquelle ils se trouvent de prendre part à la production, à la circulation ou à l'accumulation des richesses »⁵. C'est ce que Michel FOUCAULT nomme le « Grand Renfermement ».

La folie devient ainsi peu à peu synonyme d'amoralité, de dangerosité, de méfiance, d'inutilité, qualités qui constituent un noyau primitif de culpabilité. Ces représentations sociales perdurent encore aujourd'hui dans l'imaginaire social.

L'enfermement évolue à partir de 1789 et la Révolution française qui par le Dr P. PINEL, très attaché aux valeurs républicaines, en libérant de leurs chaînes les aliénés, fondait la psychiatrie en séparant malades mentaux, mendiants et criminels. Cette catégorie « d'inutiles » se voit rendue à la société à l'exception du fou, interné, dans une dynamique plus scientifique et empreinte « de signification nouvelle : il devient mesure à caractère médical »^{6 7}

Plus localement, au début du 19e siècle, l'asile de Maréville à Laxou dans le département de la Meurthe-et-Moselle (54), était le seul établissement de l'Est de la France destiné à recevoir des fous. A sa construction, datée du début du 17e siècle, il était réservé aux aliénés.⁸

Suite au décret impérial du 4 mars 1813, léguant au département “le soin de pourvoir au traitement et à la défense des indigents atteints de folie”, l'asile de Maréville a été institué : “ Hôpital Central des Aliénés du département de la Meurthe, de la Moselle et des Vosges, du Haut-Rhin, du Bas- Rhin, des Ardennes, de la Haute-Marne, de la Haute-Saône et du Doubs”.

Le Dr ARCHAMBAULT, dans son rapport médical de 1842 au préfet, signale l'augmentation du nombre d'admissions (passées de 11 à 189 de 1808 à 1840) en expliquant « on les retire des couvents qui les dérobaient aux regards, des hospices où ils végétaient pour les placer à l'asile, pouvant recevoir des soins éclairés et peut-être guérir pour certains d'entre eux ».⁹

⁵ MERCKLING, J. *Ibid.*

⁶ FOUCAULT, M. *Maladie mentale et psychologie*. PUF. PARIS, 1954.

⁷ SENON, JL. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris : PUF, 1998. 128p.

⁸ DILIGENT, M-B. *Histoire de la psychiatrie en Lorraine* [en ligne]. [Consulté le 12.04.2011] www.professeurs-medecine.nancy.fr/Diligent1.htm

⁹ DILIGENT, M-B., *Ibid.*

*Durant le dernier tiers du XIXème siècle, la psychiatrie cessa peu à peu d'admettre l'unité de l'aliénation mentale, pour recevoir comme paradigme la pluralité des maladies mentales, espèces morbides naturelles, irréductibles les unes aux autres, à la manière de toutes les maladies propres au reste de la médecine.*¹⁰

Après la Seconde Guerre Mondiale, et le meurtre d'un tiers des malades mentaux allemands, entre janvier 1940 et août 1941, mais également au sein même des institutions psychiatriques y compris en France, représentant à ce moment, pour les nazis, le banc d'essai – technique et politique – du génocide des juifs, une conscience morale s'élève, s'appuyant sur le succès des thèses psychanalytiques.

*L'objectif des expériences nazies consistait à explorer la résistance physique de l'être humain et à utiliser les résultats pour maximiser le rendement des troupes au combat. Les victimes de Dachau et Auschwitz étaient surtout des juifs, des gitans, des enfants, des homosexuels et des malades mentaux.*¹¹

C'est également à ce moment que débutent les premiers essais médicamenteux et notamment l'hormonothérapie.

Les établissements psychiatriques remplacent alors les asiles avant de s'ouvrir eux –mêmes, cette fois ci pour de bon ; les fous, devenus malades mentaux et bientôt patients, réinvestissent cette société qui les avait chassés trois siècles auparavant.

*C'est dans ce courant de pensée, que l'institution psychiatrique entame sa révolution à travers une politique d'ouverte. La sectorisation, permet le désenclavement progressif des institutions, qui s'ouvrent sur l'extérieur, permettant progressivement la réintégration d'une société qui va devoir réapprendre à les accepter.*¹²

La circulaire du 15 mars 1960 **relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales**, démarre ainsi : « Au cours

¹⁰ LANTERI-LAURA, G., *Ibid.*

¹¹ HERVE, C., et al. *Recherche biomédicale et populations vulnérables*. Paris : L'Harmattan. 2006. 154p.

¹² MERCKLING, J., *Ibid.*

des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés, notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières.

Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale, dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955. (...) J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extrahospitaliers, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.»¹³

On assiste là à une réelle volonté d'externaliser les soins hospitaliers pour développer l'accompagnement et limiter la durée d'hospitalisation.

Les décrets et arrêtés du 14 mars 1986 faisant suite à la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, plus de vingt ans après la circulaire initiale, précisent le contenu des équipements et services de lutte contre les maladies mentales et permet l'ouverture des premiers Centres Médico-Psychologiques (CMP).

La sectorisation est soutenue par trois principes fondateurs que sont la lutte contre la stigmatisation de la personne souffrant de troubles psychiques, la continuité et la proximité des soins.

C'est par la **circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale**, que sont définis les buts, principes et orientations de la politique nationale de santé mentale et de son application dans et par le dispositif de santé mentale, notamment en psychiatrie publique.¹⁴

¹³ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Textes Officiels [en ligne]. <<http://www.ch-charcot56.fr/textes/c150360.htm>> [Consulté le 13.06.2011]

¹⁴ EVIN, C. « Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale », <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0F9C2EB147EDA37E2368FC1D29326CAC.tpdjo13v_3?cidTexte=JORFTEXT000000525187&categorieLien=id> [Consulté le 03.05.2011]

*Le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur ; il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extrahospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation. Il est également chargé de coordonner les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (établissements pénitentiaires...) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.*¹⁵

*Depuis la loi du 18 janvier 1994, la santé en milieu pénitentiaire est assurée quelques soient les spécialités par les hôpitaux, tout comme l'inspection sanitaire est réalisée depuis 1984 par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales et sanitaires, ministère de la Santé) puis les médecins inspecteurs départementaux de la santé. Cette révolution sanitaire et pénitentiaire fait de notre pays un pionnier, tant en Europe que parmi les démocraties occidentales : dans un état de droit, la santé du justiciable concernant la société démocratique.*¹⁶

Cela permet à tous détenus d'accéder aux mêmes prestations de santé que la population générale.

2. La Justice : Evolution carcérale et accessibilité aux soins pour tous.

Comme nous venons de le voir, le XVIIIème siècle amorcent le « Grand Renfermement » et avec lui l'implantation de la psychiatrie en prison.

En 1789, la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen proclame que nul homme ne peut être accusé, arrêté ou détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites.

*Le premier code pénal date de 1791, la prison devient alors un lieu à visée répressive pour punir les sujets socialement déviants. L'enfermement est au centre du dispositif judiciaire, il généralise la peine privative de liberté mais conserve la peine de mort et les travaux forcés.*¹⁷

Dans son article 64, le code pénal de 1810 indique « il n'y a pas 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

¹⁵ MERCKLING, J., *Op. Cit.*

¹⁶ SENON, J-L., *Op. Cit.*

¹⁷ DAVID, M., In MICHEL, L., BRAHMY, B. *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire.* Paris : Heures de France. 2005. 394p.

n'a pu résister ». Il ne sera modifié qu'en 1994 par le Code pénal et son article 122-1, relatif à deux situations :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment de faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

« La personne, qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique 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 ».¹⁸

La loi du 30 juin 1838 institue des établissements spécialisés dans chaque département devant accueillir des malades mentaux, mais dont la réalisation architecturale effective ne se fera que 50 ans plus tard lorsque le concept d'aliénation mentale sera devenu obsolète.

*Les aliénés criminels relevant de l'article 64 devraient être orientés vers un établissement régi par cette loi de 1838. Mais dans cette occurrence des aliénés non criminels risqueraient de côtoyer des aliénés criminels, alors dits « vicieux ». La dangerosité éventuelle des derniers impose des mesures de « réclusion » des établissements d'accueil peu compatibles avec leur fonction thérapeutique bien que leurs dispositions puissent s'apparenter.*¹⁹

*Le Dr J. BAILLARGER publie en 1844 une note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. Il attire l'attention sur les effets de l'incarcération chez certains détenus et sur ceux qui ne présentaient pas un état de démence avéré au moment des faits mais ne souffraient pas moins de troubles confirmés. Certains à l'image du Dr A. BRIERRE DE BOISMONT, vont plaider pour la création de maisons spécialisées pour fous criminels au sein des asiles ordinaires.*²⁰

*A Nancy, vingt ans après la construction de la maison de correction dite de « la Tabagie », la situation dans les prisons ne s'est pas sensiblement améliorée. Il est décidé de construire un établissement unique réunissant la maison d'arrêt (prévenus), la maison de justice (Tribunal) et la maison de correction (condamnés). En 1859, le règlement de la nouvelle prison Charles III, au cœur de la ville, est adopté.*²¹

¹⁸ Article 64, Code Pénal 1810. [En ligne] [Consulté le 05.07.2011] <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/resp/resp.htm>

¹⁹ DAVID, M., In MICHEL, L., BRAHMY, B. *Ibid.*

²⁰ MANZANERA, C., SENON, J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire, *Annales Médico-Psychologiques*. 2004, n°8, pp.686-699.

²¹ CONRAUD, J-M. *Charles III une prison en ville – l'histoire de l'enfermement à Nancy*, Metz : Ed Serpenoise. 2009. 135p.

*Par décret du 31 mars 1936 furent créés des services d'examen psychiatrique ou Centres d'Orientation Régionaux (CRO) à La Santé, la Petite Roquette et Fresnes. Ces services se heurtent aux résistances de l'Administration Pénitentiaire qui accusent le psychiatre de « fabriquer des fous » et de « susciter la simulation ».*²²

*En 1940 sous l'occupation, la prison Charles III fait office de centre de regroupement. Les personnes arrêtées par les Allemands y sont incarcérées en attendant l'organisation du convoi qui les conduira dans un camp d'internement ou d'extermination. Mais malheureusement, cette prison représentera aussi pour certains internés la fin du voyage.*²³

*En 1945, des annexes de psychiatrie dites « service social et médico-psychologique », ont pour but, selon Paul AMOR, Directeur Général de l'Administration Pénitentiaire, « d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvaient dans des établissements pénitentiaires ».*²⁴

L'annexe psychiatrique de Fresnes ouverte en 1950 se maintient pendant une dizaine d'années et ferme en 1960 à l'ouverture du CMPR (Centre Médico-Psychologique Régional) de La Santé. Une consultation est néanmoins maintenue subventionnée par à la fois par la DDASS et l'AP et fonctionnera ainsi jusqu'à l'ouverture du CMPR en 1979.

*En 1958, à Loos-lès-Lille, se crée une infirmerie psychiatrique qui en 1977 deviendra elle aussi un CMPR fonctionnant avec 31 lits et quelques vacations de psychiatres.*²⁵

Le nouveau code de procédure pénal (CPP) de 1958, définit la notion de services psychiatrique en milieu carcéral avec notamment son article D398.

*La même année on verra la mise en place de trois piliers de la réforme de Paul AMOR : le juge d'application des peines (JAP), le sursis avec mise à l'épreuve (SME) et avec lui l'obligation de soins, et le comité de probation et d'assistance aux libérés (CPAL) qui devient en 1999 le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).*²⁶

²² MANZANERA, C., SENON, J-L, *Ibid.*

²³ CONRAUD, J-M., *Ibid.*

²⁴ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

²⁵ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

²⁶ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

Suite à la demande de l'Administration Pénitentiaire, le Centre Médico-Psychologique de Fresnes voit le jour en 1973 avec le soutien de la DASS de l'Essonne et la coopération des psychiatres du CHS d'Etampes. Se trouve ainsi créé le premier service de psychiatrie en prison moulé sur le modèle du secteur de psychiatrie.

*En 1975, outre la mission punitive, des missions socio-éducatives avaient été confiées aux surveillants aboutissant à une certaine mutation de leur activité. Ils seront à nouveau cantonnés dans une fonction de surveillance stricte à l'arrivée en 1994 de nombreux intervenants extérieurs.*²⁷

*Le règlement intérieur des CMPR fut instauré le 28 mars 1977, il précise notamment que son personnel soignant est sous tutelle du ministère de la Santé et non plus de la Justice.*²⁸

La peine de mort en France a été abolie le 09 octobre 1981 à l'initiative de Robert BADINTER. Cette date fait de la France le dernier pays de la Communauté européenne à l'abolir. La guillotine et ses dais noirs (sorte de toiles installées pour cacher la guillotine et l'exécution du condamné à mort à la vue des autres détenus et des immeubles voisins) quittent la Cour d'Honneur des établissements pénitentiaires.

L'arrêté du 14 décembre 1986, met précisément en place des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le CMPR (sous autorité pénitentiaire) devient SMPR (sous autorité sanitaire) : Service Médico-Psychologique Régionale.

*Ce service endosse les missions de mise en place d'actions de prévention des affections mentales par le dépistage systématique des troubles psychiques des entrants, la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires, et éventuellement le suivi psychiatrique de la population postpénale en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvéniles. Il lui incombe également une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.*²⁹

Depuis la loi du 18 janvier 1994, relative aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé, les UCSA (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires) sont entrées dans le monde des

²⁷ MANZANERA, C., SENON, J-L., *Ibid.*

²⁸ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

²⁹ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

*prisons et sont toutes gérées par le secteur public. Avec les SMPR, elles constituent dorénavant le binôme sanitaire hospitalier implanté en milieu pénitentiaire.*³⁰

L'Arrêté du 10 mai 1995, fixe la liste des établissements pénitentiaires accueillant un SMPR, ils sont au nombre de 26 et sont dotés pour la plus part de places d'hospitalisation de jour. Seulement deux possèdent des lits d'hospitalisation à temps plein (Fresnes et Marseille).

*Le 17 juin 1998, la loi Guigou, en créant la peine de suivi socio-judiciaire (SSJ) assortie d'une injonction de soins, consacre et impose l'intervention de la psychiatrie. Elle relève le double défi d'inciter à se soigner des personnes qui, spontanément, n'en éprouvent pas le besoin et d'impliquer les psychiatres dans un domaine qui n'est pas le leur. Cette loi a été inspirée par l'expérience québécoise en matière de prévention des récidives et par les recommandations du groupe de travail présidé par le Dr C. BALIER. Parmi celles-ci, il n'a pas été retenu de créer des centres pénitentiaires spécialisés pour auteurs d'infractions à caractère sexuel.*³¹

Il s'avère aujourd'hui que ces établissements ont bel et bien vu le jour, en effet, chaque région française s'est vu désigner un établissement accueillant principalement (80%) des auteurs de violences sexuelles, pour la Lorraine c'est le Centre de Détention de Toul qui a été retenu.

Cette loi va connaître des évolutions successives notamment en 2005, 2007, élargissant toujours plus les motifs de condamnation susceptible d'être soumis à une injonction de soins.

Cette loi laisse entrevoir la nécessité d'un travail pluridisciplinaire :

Mobiliser tous les intervenants de la prise en charge des personnes sous injonction de soins, Enjoindre les professionnels justice-social-santé à travailler ensemble. Car cela, même si ça ne paraît pas « naturel », est possible.

« Une injonction partenariale, une obligation de collaboration prescrite par l'Etat, un partenariat sous contrainte, subi d'ailleurs par de nombreux professionnels. Les injonctions de soin auront au moins le mérite de démontrer aux acteurs qu'il est possible d'agir ensemble ... la concertation permet aux professionnels d'avancer groupés, sans perdre pour autant leurs identités professionnelles et sans atteinte à leurs compétences ». ³²

³⁰ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

³¹ BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique, *Pluriels*, 2008, n°69-70-71. 24p.

³² GAUTRON, V. In BARON LAFORET, S. *Les traitements proposés aux auteurs de violence sexuelle Exercice en réseau*. 2011. Powerpoint D.U. AICS – Université Paris V.

La loi d'orientation pour la justice, dite loi PERBEN, en septembre 2002, prévoit que les détenus soient hospitalisés dans des « Unités Spécialement Aménagées ». Pour les soins somatiques des détenus nécessitant une hospitalisation, il est prévu que celle-ci se fasse dans des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI).³³

Pour les soins psychiatriques, c'est cette même loi dans son article 48, qui stipule que l'hospitalisation se fera au sein d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Ces unités sortent de terre dès 2008, la structure nancéenne devrait fonctionner d'ici à la fin de cette année 2011.

C. Le dispositif Nancéen des soins pénalement ordonnés aux personnes placées sous main de justice (PPSMJ)*

Nous allons, dans ce chapitre, aborder brièvement le dispositif de soins mis en place au sein du Centre Pénitentiaire de Nancy/Maxéville, pour nous intéresser plus en profondeur à l'Antenne Psychiatrie/Justice et la place qu'elle occupe, en milieu « ouvert » dans les locaux du SPIP de Nancy.

1. Quelques mots sur l'équipe de psychiatrie qui travaille en milieu pénitentiaire.

Le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) a choisit de différencier deux pratiques infirmières au sein de son établissement. La première est celle des infirmiers en Santé Mentale dont nous n'aborderons pas les modalités d'exercice dans ce travail. La seconde, est celle des infirmiers de Santé Mentale en milieu pénitentiaire.

Les missions de ces derniers diffèrent, leurs spécificités sont liées au lieu d'exercice, à la population rencontrée et à l'articulation avec les différents partenaires notamment ceux du champ de la Justice.

<http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Lanteri.html>

³³ DAVID, M., in MICHEL, L. et BRAHMY, B., *Ibid.*

* Ceci n'est pas tout à fait exact puisqu'occasionnellement, l'Antenne Psychiatrie/Justice peut rencontrer par l'intermédiaire des CPIP. Il s'agit de personnes en demande n'ayant ni obligation ni injonction de soins, notamment dans le cadre de l'aide à la libération dont dispose, les 6 premiers mois après sa sortie, toute personne à l'issue de sa détention.

L'équipe pluridisciplinaire qui relève de cette organisation particulière porte les initiales U.F.P.P.P. : Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire. Elle se compose d'une équipe en « milieu fermé » que nous appellerons dans ce travail l'**UFPPP** (pour simplifier) et son versant probatoire, en « milieu ouvert » l'**Antenne Psychiatrie/Justice**, même si tout deux ne forment qu'une seule et même équipe aux missions cependant différenciées.

Les objectifs de cette équipe sont de dispenser des soins à des personnes sous main de justice, libres ou incarcérées, présentant : des troubles psychologiques ou psychiatriques, des troubles du comportement, des déviances... afin de leur permettre d'accéder à des soins comme dans la population générale.

L'UFPPP est née, comme nous venons de le voir dans la partie historique, en 1994 et rejointe la même année au sein de la Maison d'Arrêt Charles III par l'équipe de l'UCSA (Equipe dite « somatique » qui dépend du CHU de Nancy).

La situation nancéenne est quelque peu particulière. Le SMPR se trouvant dans un autre département, à Metz-Queuleu en Moselle (57), le Centre Psychothérapique de Nancy a trouvé un accord pour mettre à disposition de l'Administration Pénitentiaire, une équipe importante dont ne disposent que peu d'établissements hors SMPR.

Sur la Maison d'Arrêt Charles III qui a accueilli jusqu'en juin 2009, jusqu'à 320 détenus pour 250 places, l'équipe était composée de 1,5 ETP de Psychiatre, 1 ETP de psychologue et 4 ETP d'infirmier de santé mentale en milieu pénitentiaire sans compter l'équipe du « milieu ouvert » (que nous développerons dans un second temps).

Depuis septembre 2009 et le changement d'établissement, l'ancienne maison d'arrêt au cœur de la ville a été détruite au profit d'un Centre Pénitentiaire en périphérie, issue du projet 13000 et pouvant accueillir actuellement jusqu'à 690 détenus. L'équipe a encore été renforcée avec au total 2.5 ETP de psychiatre dont 1.2 n'est pour l'heure pas pourvu, 2 ETP de psychologue et 7 ETP infirmier.

Le fonctionnement de l'UFPPP est soumis à une convention tripartite entre le CPN, le CHU de Nancy et l'Administration Pénitentiaire pour le « milieu fermé », une autre convention (définitive) en « milieu ouvert » est toujours en voie de finalisation après avoir été, pendant longtemps, reconduite de manière annuelle.

Il y a également un travail de collaboration mis en place avec le SMPR de Metz-Queuleu ainsi que les services de l'USIP et de l'UMD du CHS de Sarreguemines.

Pour l'UFPPP, l'organisation des soins est soumise aux contraintes carcérales, milieu clos à risque avec ses règles sécuritaires, supposant une collaboration avec un personnel non médical et une prise en compte du rappel de la loi exprimé par le jugement.

La juxtaposition de différentes cultures professionnelles nécessite une capacité d'adaptation permanente.

Les différents temps de l'incarcération sont autant de facteurs ayant un impact conséquent dans les prises en charge. Le travail avec plusieurs partenaires oblige à une réflexion permanente afin de garantir sa spécificité en psychiatrie, et d'offrir une prise en charge globale à la personne.

Les demandes souvent pressantes de l'administration pénitentiaire, lors par exemple d'un passage à l'acte hétéro ou auto agressif, d'un risque suicidaire ou d'une décompensation massive, implique des réponses souvent dans l'urgence.

2. L'Antenne Psychiatrie/Justice : Un dispositif soignant novateur et précurseur au sein de la Justice.

Comme nous avons pu le voir auparavant, les secteurs de psychiatrie sont à la fin des années 80 en pleine période d'ouverture sur l'extérieur, ils ne se contentent plus d'hospitaliser, mais proposent des prises en charges ambulatoires impliquant la prise en compte d'une triple dimension Sociale, Éducative et Sanitaire.

L'importante corrélation entre infractions pénales et pathologies psychiatriques, appelle à cette époque, à une coordination. Toute fois, elle se doit d'être dans le respect des particularités, de l'éthique et du secret attaché à chaque champ d'intervention.

Nous allons maintenant découvrir comment cette interface Santé/Justice a pu voir le jour sur Nancy, s'installant comme précurseur d'un soin auprès des PPSMJ par une collaboration aujourd'hui reconnue, par tous, comme étant indispensable.

J'ai tenu à en restituer l'évolution chronologique année par année, de sa création à la fin des années 80 jusqu'à aujourd'hui pour traduire du mieux possible tout le contexte et l'aspect novateur de cette initiative unique en son genre.

En mai 1988, un Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP) prépare un Diplôme d'Etudes Approfondies en Sciences Criminelles après une formation de Criminologie. Un magistrat du Tribunal de Grand Instance de Nancy (TGI), Juge d'Application des Peines (JAP), n'envisageant pas seulement la délinquance comme un état de fait, lui propose d'intervenir au sein des services socio-éducatifs de son tribunal. Le projet sera animé par un psychiatre et l'ISP travaillant sous son couvert.³⁵

L'Antenne de Coordination entre la Psychiatrie et la Justice (ACPJ) s'installe le 05 septembre 1988 au sein de la Cité Judiciaire de Nancy (TGI) et commence à fonctionner à la mi-octobre.

Les missions et rôles de l'antenne sont décrits comme tel dans le rapport moral de 1988 :

« Il s'agit de coordonner la prise en charge de délinquants majeurs ayant des problèmes de comportements, de personnalité, de toxicomanie, d'alcoolisme, dans le cadre d'un mandat de justice principalement. (...) Les structures judiciaires sont incompétentes pour tout ce qui a trait aux troubles de la personnalité, à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Elles sont donc demanderesse de la compétence du milieu psychiatrique. (...) Un travail de V.R.P. fut entrepris par l'ISP afin de présenter cette structure extra hospitalière à l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte inclus dans le ressort du TGI de Nancy.»³⁶

Le Rapport Moral pour l'année 1989, est l'occasion d'un premier ajustement entre les objectifs fixés initialement et l'application sur le terrain. Surviennent également les premiers questionnements inhérents au fonctionnement comme la protection des données. *La nécessité est d'assurer la protection des données de l'antenne alors qu'elles sont stockées dans le matériel mis à disposition par la Justice.*

Le rapport précise, dès le départ, la place à laquelle l'ACPJ va évoluer. *« L'action de l'Antenne est de coordonner les activités de la psychiatrie à celles de la justice. Il ne s'agit pas de compléter, voire*

³⁵ PAUGAIN, M., COURTIAL, B., COLAS, M., DUPONT, J-L., CABLAN, A., Obligation de soins et psychiatrie de liaison, *Actualités Psychiatriques*. 1995, n°1, pp. 3-6.

³⁶ DUPONT, J-L. *Rapports Annuels d'activité – Antenne Psychiatrie/Justice Nancy*. 1988 à 2007. Nancy.

de se substituer à l'une ou/et à l'autre, bien au contraire. Chacune doit conserver ses missions dans son cadre propre et c'est pour cela que l'Antenne a été mise en place. »³⁷

En 1990, l'activité de l'antenne est en très nette augmentation (+71.4% soit 180 PPSMJ). Les missions principales à développer en plus de celles déjà existantes, concernent deux axes : Les soins apportés aux personnes détenues ainsi que la prise en charge des mineurs.

Pour le premier axe, c'est le SMPR (installé dans un autre département) qui depuis 1986, par des vacations fournies par le CPN assure les consultations de psychiatrie et de psychologie à la Maison d'Arrêt Charles III de Nancy. L'Antenne sera cependant appelée à participer très étroitement en assurant sa mission d'interface entre les praticiens hospitaliers et les équipes des différents secteurs de soins. Pour les mineurs, la compétence de l'antenne vis-à-vis des adultes, génère une demande d'extension, tant de la psychiatrie que de la justice. Des contacts sont d'ores et déjà pris, avec un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.³⁸

L'année 1991 annonce la venue au Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés (CPAL) de la Cité Judiciaire d'un psychiatre qui réalisera la première année 158 actes.

Dès qu'il y a obligation de soins, l'antenne intervient. Mais une personne peut être prise en charge sans cette obligation parce qu'elle en avait besoin. Nous ne nous attachons donc pas à cette imposition judiciaire. L'infirmier a donc pris contact avec l'ensemble des services de l'Hôpital pour que se mettent en place des relais en leur sein. Ces référents permettront d'améliorer les relations, entre les services et l'ACPJ.

L'ACPJ, appelée plus communément **Antenne Psychiatrie/Justice**, s'intéresse également au milieu dit « fermé » et soulève l'importance fondamentale d'une articulation entre intra et extra-carcéral. A cette époque, comme nous l'avons vu précédemment, les SMPR n'existent que depuis moins de 5ans et la loi relative aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé de proximité ne verra le jour que 3 ans plus tard.

L'antenne intervient également comme interface entre les secteurs de soins et le SMPR. Il s'agit d'informer la maison d'arrêt d'un suivi antérieur par un service de soins et de préparer la sortie dans de bonnes conditions.³⁹

³⁷ DUPONT, J-L., *Ibid.*

³⁸ DUPONT, J-L., *Ibid.*

³⁹ DUPONT, J-L., *Ibid.*

1991 a également été l'année de mise en place d'un travail en association entre le Secteur Pédopsychiatrique et la Justice. L'objectif de ce projet, est la prise en charge des mineurs présentant ou pouvant présenter des problèmes de comportement ou de la personnalité dans le cadre de mandats ordonnés par une autorité judiciaire au pénal ou au civil.

Le projet décrit l'intervention au sein de la Cité Judiciaire de la manière suivante :

Un fort pourcentage de mineurs relève de réels problèmes de personnalité et de comportement sans que les structures d'accompagnement aient des compétences dans un suivi thérapeutique. Il est nécessaire de développer des liens solides avec le milieu psychiatrique et de disposer d'un interlocuteur avisé dans ce domaine, ayant une bonne connaissance du terrain (conseils, interventions, orientations vers différents professionnels de la santé mentale). Cette collaboration se calquera sur l'antenne déjà existante au niveau des majeurs. (...)

Elle s'effectuerait sous la direction médicale du chef du 4^{ème} secteur de pédopsychiatrie et d'un praticien hospitalier, responsable du pôle thérapeutique dont relève l'infirmière de secteur psychiatrique (ISP) désignée pour ce poste au sein de la cité judiciaire.

Cette infirmière assurerait la coordination du suivi du mineur en liaison avec le secteur de soin, le juge pour enfant et l'équipe éducative en place ; établirait un état relatant, par mineur, les constatations effectuées, le suivi médical antérieur, les contacts pris avec le secteur psychiatrique compétent...⁴⁰

L'ISP est mise à disposition de la cité judiciaire à temps complet par un secteur infanto-juvénile du CHU de Nancy mais son poste est financé par le Centre Psychothérapique de Nancy. « Afin d'avoir des éléments de réflexion et de mieux adapter les mesures qu'il va prendre, le juge des enfants peut demander, en pénal ou en civil, des expertises psychiatriques. Par ailleurs, dans le cadre d'une mesure de protection ou de prévention, il peut aussi ordonner au mineur une obligation de soins en hôpital psychiatrique ou en consultation externe. Il faut bien le dire, la communication entre les hommes en noir et les hommes en blanc n'est pas toujours aisée et c'est une des raisons pour lesquelles mon poste a été créé en 1991 : pour assurer et développer des liens constructifs entre les magistrats et les psychiatres. (...)

Disons pour résumer, que tous les magistrats, les éducateurs et les médecins qui s'occupent d'un même mineur peuvent faire appel à moi, pour réfléchir, pour interpeller un autre professionnel, pour aller à la recherche d'une information médicale ou judiciaire, pour faire passer un point de vue,

⁴⁰ DUPONT, J-L., MANGIN, M. Projet de travail en association secteur Pédopsychiatrie / Justice, Non signé, 1991

pour faire avancer un dossier. (...) Mais parfois le juge se trouve dans une impasse structurelle : c'est la psychiatrie ou la prison, car il n'y a pas en France de structures alternatives...»⁴¹

En 1992, après près de 4 années de recul, certaines difficultés sont mises en avant :

L'intervention de référents dans chaque secteur de psychiatrie permet une meilleure action donc une limitation de l'intervention de l'Antenne, laissant ainsi le champ le plus large au secteur de soin.

A la demande du Substitut du Procureur de la République de Nancy ayant en charge les problèmes de toxicomanie, l'Antenne a pris en charge des consommateurs pour les accompagner dans leurs démarches de soins. La simple « injonction thérapeutique », difficilement applicable, n'est pas suffisante. Pour certaines personnes, un accompagnement pourrait aboutir à une prise en charge de meilleure qualité et à des soins effectifs.⁴²

En 1993, il semble important de repréciser l'intérêt que représente une telle Antenne eu égard les difficultés qu'ont à se rencontrer deux pôles diamétralement opposés.

L'institution psychiatrique comme l'institution judiciaire suscitent des représentations péjoratives formées souvent d'apriori, d'informations parcellaires, d'images, voire de fantasmes, d'autant plus forts qu'elles sont liées l'une à la loi et aux conséquences de sa transgression, l'autre à la folie, à la perte de la raison, du sens de la réalité. Toutes deux ont des connotations contradictoires, à la fois répressives ou laxistes. C'est par un travail concerté remplaçant ces préjugés que l'antenne de coordination permet l'accès aux réelles spécificités de l'une et de l'autre. L'évolution des idées et des pratiques judiciaires s'ouvre à la prise en compte des troubles psychiques impliqués dans la genèse criminologique et des facteurs de marginalité dans une intrication « désinsertion sociale – pathologie » issue de déficit scolaire, de chômage, d'invalidité ou handicap, d'isolement familial ou social. De son côté, la psychiatrie ne se contente plus d'hospitaliser, mais propose des prises en charge ambulatoires, des contacts avec l'entourage du patient, des projets de soins impliquant une liaison étroite avec des intervenants extérieurs au champ de la psychiatrie, et une dimension socio-éducative.

Cette attitude d'avant-garde semble correspondre à l'attente générale d'une meilleure prise en charge des personnes dépendantes de la justice et de faciliter la continuité des soins.

⁴¹ GILLOT, L. Justice : entre robes noires et blouses blanches. *L'Infirmière Magazine*. 1995, n°91. pp. 32-33

⁴² DUPONT, J-L. *Ibid.*

*La création de l'antenne de coordination entre la psychiatrie et la justice démontre la nécessité d'une réelle coordination. Il s'agit maintenant d'aller plus en avant en incluant le soin carcéral, même et surtout si cela s'avère difficile.*⁴³

L'idée est à ce moment là de créer ce qu'on appellerait aujourd'hui un Pôle de Psychiatrie Pénitentiaire, qui à l'heure actuelle n'existe toujours pas puisque les Centre de Détention de Toul et d'Ecrouves ne dépendent pas du même établissement de soins que le Centre Pénitentiaire de Nancy-Maxéville et l'Antenne Psychiatrie/Justice.

En 1994, la file active continue d'augmenter de manière importante.

L'antenne Psychiatrie/Justice a accru son activité sur plusieurs axes :

- *Mise en œuvre des obligations de soins : entretiens à visée diagnostique et d'orientation*
- *Coordination avec les soignants appelés à suivre le patient en relation avec le délégué de probation.*
- *Dans le cas où un suivi extérieur ne peut avoir lieu, ou s'il n'est pas indiqué, du fait de la demande du sujet ou de sa situation, il peut parfois être entrepris au sein même de l'antenne.*

A ce sujet, notons qu'en 1994, le quart des patients a pu entreprendre un suivi effectif en dehors du comité de probation. Les trois quarts restants se partagent entre personnes suivies directement à l'antenne (12%), en refus de soins (31%) ou en arrêt de soins (32%).

Par sa connaissance du réseau local de soin mais également de l'articulation complexe de la Justice, « l'antenne ; par sa position particulière, fait l'objet de demandes de participation à de nombreux groupes de travail et en premier lieu, le Conseil Départemental de la Santé Mentale dans la commission Psychiatrie/Justice. Les textes sur la santé dans les prisons doivent se mettre en application pour juillet 1995. Le départ pour l'école Nationale de Magistrature du JAP à l'origine du projet, offre une possibilité nouvelle de présentation de l'antenne auprès des JAP d'autres régions. Il est prévu une intervention à l'école début 1995. »

Ce sont les bases théoriques en matière pénale mais également les capacités d'anticipation notamment au niveau législatif de l'ISP qui lui ont permis de favoriser grandement le développement de cette articulation sur tout le ressort du TGI de Nancy.⁴⁴

⁴³ DUPONT, J-L., *Op. Cit.*

⁴⁴ DUPONT, J-L., *Ibid.*

En 1995, l'équipe est renforcée, *une psychologue vacataire intervient dorénavant auprès du médecin psychiatre et de l'infirmier psychiatrique. Son intervention est permise avec les dotations de la Direction des Services Pénitentiaires. Elle résulte de la très bonne appréciation que l'Antenne Psychiatrie/Justice jouit auprès des instances du ministère de la justice.*

*Nous devons par ailleurs, souligner la visite auprès de l'antenne, d'un chef de bureau du Ministère. L'expérience que mènent le CPN et le TGI de Nancy semble donc enfin être perçue au plus haut niveau. Toujours est-il que Nancy offre une possibilité de prise en charge de personnes relevant de la Justice des plus larges et sans rupture entre les différentes composantes de soins, entrant ainsi pleinement dans la volonté de la transformation de la Santé en milieu pénitentiaire.*⁴⁵

Cette même année, est publié dans la Revue *Actualités Psychiatriques*, un article intitulé *Obligation de soins et Psychiatrie de Liaison*, cosigné par Le Chef de secteur de Psychiatrie Générale référent de l'Antenne Psychiatrie/Justice auprès du Centre Psychothérapique de Nancy, le praticien hospitalier, l'infirmier général, et l'ISP de la structure, ainsi que le Premier Juge d'Application des Peines du Tribunal de Grande Instance de Nancy et le Directeur du Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés, cet écrit unit la Santé et la Justice jusque dans la publication d'écrits communs.⁴⁶

*L'année 1996 a vu l'intervention de l'Antenne dans un cadre non exploité jusqu'alors : le classement sans suite sous condition. Les services du procureur estiment qu'une poursuite, à la suite d'une infraction caractérisée et reconnue, ne s'avère pas nécessaire. Ils estiment, cependant, que, face à la nature des faits ou à la personnalité de leur auteur, un suivi doit être entrepris. L'antenne intervient donc pour la mise en place de cette action.*⁴⁷

L'Antenne de Coordination entre la Psychiatrie et la Justice est, depuis le 1^{er} juillet 1997, rattachée administrativement à l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire de la Maison d'Arrêt Charles III de Nancy.

*Elle devient par conséquent le « versant probatoire » de ce service renommé **Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire** (UFPPP). Ce rapprochement administratif facilite le suivi des personnes entrant et/ou sortant de cet établissement pour lesquelles une prise en charge sanitaire est mise en place. La continuité des soins est l'objectif de cette action de coordination.*

⁴⁵ DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁴⁶ PAUGAIN, M., COURTIAL, B., COLAS, M., DUPONT, J-L., CABLAN, A., *Op. Cit.*

⁴⁷ DUPONT, J-L., *Ibid.*

Quelque soit le demandeur, secteur judiciaire ou sanitaire, la maîtrise du dossier n'appartient pas à l'Antenne. Elle est là pour conseiller, accompagner mais non pour décider de conduites à tenir, ni pour reporter la part revenant à une structure sur l'autre.

L'antenne est aussi une unité « supplétive » de soins. Elle n'intervient comme soignant qu'en absence de toute autre structure de soins, générale ou spécialisée. L'objectif se maintient, malgré tout, à une prise en charge à terme par ces autres structures.⁴⁸

Le médecin psychiatre, la psychologue vacataire ainsi que l'ISP, rencontrent un nombre croissant de personnes qui ne désirent pas avoir une prise en charge par les services existants. Elles n'acceptent que de revenir à l'Antenne qui devient alors un lieu de prise en charge substitutif pour les personnes qui n'auraient, alors, pas de suivi. Cette prise en charge peut s'avérer temporaire, avec un relais dans un second temps, ou s'exercer sur une période de plus longue durée, en fonction des situations et de leur évolution.⁴⁹

1998 est l'année du 10^{ème} anniversaire de la création de l'Antenne Psychiatrie/Justice. Ceci a été l'occasion pour organiser une journée sur le thème « Entre Justice et Psychiatrie ».⁵⁰

Cette journée, sur le thème de la délinquance sexuelle et de l'évolution législative, du 17 juin de la même année, créant le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins sera déclinée dans une autre partie abordant plus précisément le travail de l'antenne avec ce public.

La modification de l'organisation des services socio-éducatifs de la Direction Pénitentiaire a été décidée et mise en place en 1999. Cela veut dire que l'ensemble de ces services (CPAL, Maison d'arrêt de Nancy, CSL, Centres de détention de Toul et Ecrouves) se regroupent pour former un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) avec à sa tête un Directeur Départemental. Ce service est divisé en 3 antennes au sein du département.

A terme, au sein d'une même antenne, chaque justiciable sera pris en charge par la même personne, Conseiller d'Insertion et de Probation (CIP), aussi bien en milieu ouvert qu'en milieu fermé.

Cette condition n'est encore à l'heure actuelle pas applicable au regard de la charge de travail qu'ont les Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP).

⁴⁸ DUPONT, J-L., Modalités de saisine et d'action de la branche Probatoire de L'UFPPP

⁴⁹ DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁵⁰ DUPONT, J-L., *Ibid.*

L'intégration en tant que salariée de la psychologue vacataire, durant cette année, a ouvert des possibilités d'action en direction des personnes prises en charges. C'est ainsi qu'outre les entretiens individuels qui perdurent et augmentent, une orientation vers les prises en charges de groupe s'est mise en place (AVS, alcool).

Un travail de concertation a donc été mis en place à l'initiative de l'ISP durant cette année où chaque agent du CPAL a pu développer sa conception du travail de partenariat. Les intervenants de l'Unité Probatoire ont également fait part de leur propre conception ainsi que le Médecin psychiatre chef de service. Un projet a ainsi été proposé en automne et a été retenu par les juges d'application des peines pour être applicable dès janvier 2000.⁵¹

L'année 2000 a été aussi celle de l'implication plus importante de l'Unité au Centre de Semi-Liberté de Maxéville. Il s'agit de préparer la semi-liberté en tenant compte des soins déjà entrepris par les condamnés. La coordination intervient alors de façon qu'il n'y ait pas de rupture dans ce soin. Cette mission supplémentaire, vient renforcer encore un peu plus la volonté de potentialiser au maximum le relais de soins entre le milieu « fermé » et le milieu « ouvert ».

Outre la mise en place de groupes de parole avec des auteurs de violences sexuelles, que nous développerons dans une autre partie. Un autre type de groupe de parole est proposé en direction des personnes ayant un problème d'alcool, mais le niant ou le minimisant fortement. Les objectifs, sur 4 séances, étaient d'aider ces personnes à mieux situer leur consommation ; à prendre conscience de leur conduite excessive ; à engager une démarche de soins. Plus qu'une réflexion posée sur leur(s) acte(s), il s'agit d'un groupe à visée d'incitation aux soins.

La modification des missions des CPIP change la manière de prendre en charge les personnes placées sous main de justice, développant la surveillance et le contrôle là où auparavant la priorité était l'insertion.

En 2002, le probatoire s'exporte hors les murs du TGI.

L'Antenne Psychiatrie/Justice, qui a la quasi-totalité de son activité avec le SPIP, suit ce dernier dans son déménagement dans de nouveaux locaux en dehors de la cité judiciaire.

L'évolution des décisions judiciaires tant à favoriser le recours aux obligations de soins compte tenu des faits (alcool, stupéfiants, violences) même, et surtout, en absence d'expertise.

⁵¹ DUPONT, J-L., *Ibid.*

La convention avec l'administration pénitentiaire a été renouvelée pour une année permettant la poursuite des groupes de parole qui ont intéressé 36 patients, soit 177 actes.

Les interventions au Centre de Semi-Liberté deviennent maintenant très fréquentes, pour un public parfois instable et non inséré. Ici aussi, le recours à l'obligation de soins est parfois systématisé.⁵²

Entre 2003 et 2004, le constat est fait que la capacité « d'absorption » de l'équipe commence à plafonner : 1387 actes directs pour 444 patients dont 253 nouveaux par an.

L'obligation de soin qui pèse sur les justiciables, devient ainsi une obligation à recevoir pour l'Unité, quand bien même, les entretiens ne débouchent sur aucune demande.

Depuis cette année, l'Unité dispose d'une liaison informatique avec le Service Pénitentiaire, ce qui permet d'accéder aux informations utiles à la gestion des personnes placées sous main de justice (PPSMJ).^{53 54}

A partir de 2005, les Juges d'Application des Peines, pour pallier un rapport nombre d'affaires/temps disponible, développent eux aussi de nouvelles manières de travailler. Ces méthodes ne vont pas toujours dans le sens du soin car la collaboration, même si elle est indispensable à quand même ses limites qu'il faut savoir dompter au quotidien.

Le recours par les juges à des analyses sanguines et/ou urinaires devient quasi systématique pour les personnes présentant une addiction. Ce n'est plus un moyen de prise en charge thérapeutique, comme nous pouvions l'utiliser avec l'accord de la personne, mais un contrôle, contrôle de soins et contrôle d'abstinence. Une autre évolution qui nous paraît critiquable, est la demande des juges à ce que l'Unité soit un auxiliaire de justice au même titre que les experts. Nous avons même pu lire une demande sur une nécessité d'un soin afin de justifier, ensuite, le recours à une obligation de soins.

Une explication de notre rôle auprès des JAP nous paraît des plus opportunes en prenant exemple sur le « Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenus », co-signé par le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, et le Ministère de la Justice.⁵⁵

⁵² DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁵³ DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁵⁴ DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁵⁵ DUPONT, J-L., *Ibid.*

L'année suivante est teintée de ce même questionnement implicite de la part de la justice : l'Antenne Psychiatrie/Justice ne pourrait-elle pas être un moyen de contrôle introduisant le soin pour garantir encore plus le respect des mesures prononcées ?

Les multiples textes législatifs, leur accroissement, introduisant et développant des mesures d'accompagnement des délinquants, s'apparentent plus à un contrôle quasi permanent des personnes qu'à une aide. L'obligation de soins entre dans ce courant de contrôle.

Le nombre important des comparutions immédiates, faisant de cette pratique qui devrait être d'exception, le droit commun, interdit un recul des juges. Les condamnations sont alors prises avec obligation de soins, par un effet que nous qualifions de « parapluie ».⁵⁶

En 2007, le constat est toujours le même, il change considérablement les pratiques de l'équipe de l'Antenne qui voit changer la population qu'elle accueille.

Outre le fait qu'il s'agisse d'une obligation et que les personnes ne la prennent pas systématiquement à leur compte, nombre de condamnations la fixe sans aucune motivation, simplement en lien avec les faits ou l'impression à l'audience. Maintenant toute personnes condamnées pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, pour une infraction à la législation sur les stupéfiants, pour violences intrafamiliales ou barrages de rue, pour violence sexuelle, ont une obligation de soins. Autre constante, si nous incluons les personnes qui adhèrent à minima à l'obligation de soins, c'est-à-dire viennent aux rendez-vous mais ne s'investissent pas dans la démarche, près de la moitié des personnes prises en charge par l'Unité ont peu, voir pas de motivation. Enfin, si nous ajoutons les personnes condamnées pour infractions à la législation sur les stupéfiants ayant un traitement substitutif aux opiacés et où ce traitement est leur seule demande, plus des trois quarts de la population prise en charge par l'Unité présente une motivation légère. Il ne reste donc qu'environ un quart des personnes où perce une volonté de s'engager dans une réelle démarche de soins.⁵⁷

L'équipe de l'Antenne se renforce en 2008, après le départ en retraite de l'ISP du Tribunal Pour Enfants (TPE). Son poste est modifié, c'est un nouvel infirmier, lui aussi ISP de formation, qui renforce l'Antenne Psychiatrie/Justice où il intervient à 60% et qui est présent à 40% au TPE.

⁵⁶ DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁵⁷ DUPONT, J-L., *Ibid.*

Ce sont donc deux ISP (1,6 ETP) et un psychologue (1 ETP) qui interviennent à l'Antenne Psychiatrie/Justice. Cela permet dès lors à l'équipe de développer son travail sur des permanences délocalisées.

L'Antenne intervient avec les CPIP dans trois villes à l'extérieur du Grand Nancy, elles correspondant chacune à un secteur géographique qui permet d'accompagner des personnes n'ayant par exemple pas de moyens de locomotion ou étant en situation de grande précarité.

Ces permanences délocalisées sont également le moyen de faciliter le suivi de certaines personnes habitant loin de Nancy. L'intervention de soignants lors de ces permanences permettra également de renforcer les échanges avec les CMP ne dépendant pas uniquement du secteur de psychiatrie du Centre Psychothérapique de Nancy.

Dans un second temps, l'expérience apportée par le nouvel ISP, qui a exercé notamment durant une quinzaine d'année en milieu pénitentiaire avec des adultes et des mineurs, permettra de développer l'articulation entre la pédopsychiatrie et le Tribunal Pour Enfants (TPE).

Depuis 2009, la situation a encore évolué, avec le départ en retraite de l'ISP fondateur de l'Antenne et la création à peine un an après du CRIAVS Lorraine (Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles). L'organisation s'est quelque peu complexifiée.

Trois infirmiers (entre autre issus du milieu carcéral et des urgences psychiatriques) interviennent sur le CRIAVS, l'Antenne Psychiatrie/Justice, le Tribunal Pour Enfants, le Centre de Semi-Liberté et les relais de soins du Centre Pénitentiaire de Nancy à l'extérieur. Ils se partagent chacun un territoire judiciaire en plus du Grand Nancy. Il s'agit là d'une réelle force que de pouvoir développer, notamment en terme de réseau, des actions communes avec des personnes bien identifiées et pouvant mener des réflexions et prendre des décisions au sein d'une même équipe.

De plus, ils disposent de connaissances, d'expériences mais aussi d'une dynamique qui leurs permettent aujourd'hui de s'ouvrir toujours d'avantage sur les autres structures et professionnels tant dans la prise en charge des PPSMJ en général que des Auteurs de Violences Sexuelles (AVS) plus particulièrement.

Nous allons maintenant nous intéresser plus précisément à l'articulation Santé/Justice de manière plus globale. Nous aborderons tout d'abord les différences puis les difficultés inhérentes à cette association. Dans un second temps nous aborderons la place et les missions propres à chacun pour finir par identifier la complémentarité qui peut exister entre elles dans un travail pluridisciplinaire.

D. L'Articulation Santé / Justice :

L'un des terrains partagé par la justice et la psychiatrie est, depuis le XIX^{ème} siècle, cet intérêt commun pour l'individu.⁵⁸

La psychiatrie (et plus largement la Santé mentale), étymologiquement « médecine de l'âme », a depuis longtemps, déjà, abordé le « Sujet » au travers de la relation thérapeutique ; la justice pénale rejoint ces préoccupations tant par la prise en compte récente de la victime longtemps oubliée que du justiciable.

Même si toutes les deux se centrent sur l'individu, leurs visions de celui-ci sont foncièrement différentes, qu'il soit perçu comme un sujet, un malade, un délinquant...

Nous avons pu constater précédemment qu'historiquement notre pays a été marqué par la dichotomie du soin et de la punition : on réprimait ou on soignait⁵⁹. Une association de ces deux approches a été pendant longtemps décrétée comme impossible. Il est important, je pense, avant d'identifier les missions de chacun et le rôle complémentaire qu'ils peuvent avoir, de parler de ce qui les différencient. Car cette différenciation, même si elle se doit de ne pas faire barrage à la collaboration, vient délimiter de manière fondamentale, les surfaces d'actions de chacun, s'inscrivant comme le garant déontologique, moral et éthique de toute prise en charge.

Malgré, les différences et les rôles bien distincts de chacun, une articulation en complémentarité est bel et bien possible. L'Antenne Psychiatrie/Justice, présentée précédemment en est un exemple concret.

Il n'empêche que ce lien, ce « Soigner et punir », permet au soin de « ne plus se substituer à la punition, il s'y ajoute et pourra, dans un second temps et dans certains cas, permettre son aménagement ».⁶⁰

⁵⁸ PORTELLI, S. Justice et Psychiatrie, indépendance et interdépendance, l'évolution historique des rapports de la justice et de la psychiatrie. *Psychiatries*. 2006, n°146. pp. 65-79

⁵⁹ SENON, J-L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité, *Annales Médico-Psychologiques*. 2004, n°162, pp.646-652

⁶⁰ MICHAUD, J. Délinquance sexuelle, point de vue éthico-juridique. *L'Information Psychiatrique*. 1998, n°5, pp.481-484

Justice et psychiatrie gèrent des secteurs de la vie sociale qui donnent particulièrement prise à la peur. On en retrouve tous les ingrédients : le sexe, la violence, la mort, la souffrance...⁶¹

Il s'agit bien là de donner du sens au suivi global, travailler les partenariats pour favoriser une articulation qui a déjà fait ses preuves dans d'autres domaines (Réseau Ville-Hôpital dans le suivi des toxicomanes...) en tenant compte de toutes les pièces du « puzzle » que sont l'emploi, l'entourage, le soin...

1. Entre indépendance et interdépendance

Nous allons maintenant aborder plus précisément le rôle et les spécificités du système judiciaire puis ceux du fonctionnement sanitaire dans ce domaine.

a. Les juridictions judiciaires

Le système judiciaire français est complexe et nous ne nous intéresserons qu'à la juridiction pénale puisque c'est elle qui entre en œuvre dans l'articulation Santé/Justice détaillée dans ce travail.

L'autorité judiciaire française exerce, au delà de l'application du droit civil et pénal, d'autres missions dans trois domaines principaux que sont l'incarcération et la réinsertion, la justice des mineurs et l'aide aux victimes. Nous ne développerons que le premier de ces domaines.

Les juridictions judiciaires règlent les litiges entre les personnes et sanctionnent les atteintes contre les personnes, les biens et la société. En matière pénale c'est une juridiction du premier degré, dite de « droit commun », qui prononce les jugements par le tribunal de police (contraventions), le tribunal correctionnel (délits) ou la cour d'assise (crimes).

Les juridictions de second degré (cours d'appel) et les juridictions suprêmes (cours de cassation) interviennent dans un second temps, de manière pyramidale.

Vous trouverez en annexe, un tableau qui détaille plus succinctement le déploiement de la Justice

⁶¹ PORTELLI, S., *Ibid.*

pénale française dans son ensemble, en pré-sentenciel puis en post-sentenciel en distinguant les acteurs, les mesures et leurs articulations qu'elles soient privatives ou restrictives de liberté ainsi que tout le dispositif permettant accueillir les personnes placées sous main de justice.⁶²

Deux mesures et deux obligations nous intéressent plus particulièrement, à savoir le sursis avec mise à l'épreuve (SME) et le suivi socio-judiciaire (SSJ) à travers desquelles le magistrat peut ordonner une obligation de soins (OS) ou une injonction de soins (IS) suivant certaines modalités.

Le soin peut être imposé au justiciable par quatre grands recours judiciaires à des temps différents et lors de mesures différentes. L'obligation de soin en pré-sentenciel (Juge d'Instruction), en post-sentenciel, lors d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'un suivi socio-judiciaire ou encore par prononcé du juge d'application des peines (JAP) en sortie de détention si aucune mesure n'avait été prévue au procès ou si l'expertise de libération y invite le magistrat.

Vous trouverez également en annexe, les tableaux différenciant le SME et le SSJ⁶³, l'OS et l'IS⁶⁴ ainsi que les détails du rôle et des missions du médecin coordonnateur désigné lors d'une IS.⁶⁵

b. Des soins, pénalement ordonnés, à l'intervention soignante.

Nous l'avons évoqué, ce système judiciaire interpelle le sanitaire par les obligations/injonctions de soins qu'il prononce. Cette articulation est souvent des plus sensibles.

Les représentations sur les pratiques et les missions de chacun sont souvent à la base même de ces difficultés d'articulation.

C'est pour cela qu'il me semble indispensable de favoriser le dialogue et les échanges pour pallier les idées reçues trop souvent encore à l'origine de malentendu ne pouvant que complexifier cette articulation délicate.

Il est important de différencier les soins sous contrainte dont la réforme est à la une de l'actualité, et les soins pénalement ordonnés dont nous allons détailler à la fois les mesures et l'application sur le

⁶² **Annexe 1** : Schéma Articulation de la Justice Française au Pénal.

⁶³ **Annexe 2** : Tableau synthétique du suivi socio judiciaire, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS - MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide de l'injonction de soins*, 2010, 67 p. [en Ligne].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf

⁶⁴ **Annexe 3** : Tableau comparatif entre Obligation et Injonction de Soins, *Guide de l'injonction de soins*, *Ibid.*

⁶⁵ **Annexe 4** : Rôle et missions du médecin coordonnateur dans l'injonction de soins, *Guide de l'injonction de soins*, *Ibid.*

terrain.

La Justice vient solliciter le sanitaire et par là même réinterroger son rapport à la liberté et à la contrainte.

Comme le dit le Dr D. AJZENBERG, psychiatre et psychanalyste, « la psychiatrie a toujours été la fille aînée de la justice, de tout temps on a confié à la psychiatrie contrainte et soin de débarrasser le tissu social de ses personnalités pathologiques dites dangereuse, du grand enfermement aux internements actuels. »⁶⁶

C'est notamment cet héritage qui aujourd'hui freine la collaboration de ces deux partenaires.

Les débats font rage entre, un soin sous contrainte dans un but de *libérer un malade de son aliénation et non de lui infliger la sanction d'une peine*⁶⁷, mais aussi concernant la durée des traitements, *le transfert de responsabilité de la Justice sur la Médecine*⁶⁸ ou encore la question de la demande.

Le temps pénal et le temps de soins ne sont pas superposables, il est également important de bien respecter les territoires de chacun dont certains seront à jamais interdits d'accès à l'autre, sous le couvert du secret professionnel.

Les soins pénalement ordonnées vont à première vue à contre sens d'un courant, basé à l'heure actuelle, sur « la demande de soins », dans un contexte de surpopulation que ce soit dans les prisons, les unités de soins ou dans les Centres Médico-Psychologiques. Cette première difficulté, est souvent soulevée par les professionnels de la Santé qui d'une part, interrogent le caractère « ordonné » et non pas « demandé » des soins mais d'autre part également la particularité d'un public de « justiciables » présentant un potentiel de dangerosité non plus psychiatrique mais criminologique plus inhabituels à appréhender. Ce public suscite également bon nombre de représentations, obstacles supplémentaires à leur accueil.

Les craintes se portent également sur la responsabilité des soignants. L'obligation ou l'injonction de soins sont très souvent vécues par les soignants comme une contrainte leur étant avant tout imposée à eux. De plus « le poids » de la justice sur ces mesures et le contrôle qui peut être effectué est également vécu comme une intrusion dans la relation de confiance qui se crée entre le patient et son

⁶⁶ AJZENBERG, D. Psychiatrie et justice, alliances et paradoxes, *Psychiatries*, 2005, n°144, 290p.

⁶⁷ BARTHELEMY, C. Réflexions sur les rapports de la psychiatrie et de la justice à l'occasion de la loi concernant la délinquance sexuelle. *Information psychiatrique*, 1998, n°5, pp. 485-492

⁶⁸ MARCEL, E., RICHOU, H. Le suivi post-pénal des agresseurs d'enfants, mythe, réalité ou fuite sociale ? *Actualités Psychiatriques*. 1995, n°4, pp.2-4

thérapeute. Pour le Dr C. BALIER, l'obligation et l'injonction de soins sont un levier par rapport aux soins, ils donnent l'accessibilité à une population qui n'aurait pas forcément sollicité le sanitaire en dehors de cette mesure imposée.

Il est important de préciser les choses et de couper cours aux représentations voire aux fantasmes de certains professionnels notamment en matière de violence sexuelle. C'est d'ailleurs une des missions des CRIAVS (Centre Ressources pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles) que nous évoquerons dans le chapitre suivant.

Pour l'heure, il est important de repreciser sans cesse qu'il s'agit bien là d'une obligation judiciaire mais qu'au travers de celle la, c'est une opportunité qui est laissée à la personne placée sous main de justice, en rencontrant un professionnel de la santé, d'aborder une ou des problématiques l'ayant directement ou indirectement conduit à commettre un crime ou un délit. Ce moyen permet « d'ouvrir la porte » à une discussion, une réflexion et bien souvent des actions que la personne n'aurait que trop rarement sollicitées d'elle même. Il s'agit également de contribuer à ce que la loi prenne sens pour cette personne tout en rappelant que le soignant n'a pas une obligation de résultat mais une obligation de moyens. Il ne s'agit pas là de cloisonner le soin mais bien de prendre garde à délimiter clairement son intervention. Dès le départ, la place du soin devra donc être nommée et entendue par tous les acteurs de cette prise en charge et, en premier lieu, la personne placée sous main de justice, elle-même, qui doit rester au cœur du système.

J. AUBUT différenciait trois quêtes : le contrôle, le soin et le sens, qu'il évaluait pour chaque intervenant, le psy, le patient et l'Etat. Dans la quête idéale les trois avaient des parts égales.

La quête du psy était centrée sur le sens et laissait deux petites parts au soin et au contrôle. Le patient voulait du soin, venait avec un sens pré-établi et acceptait un peu de contrôle, l'état demandait essentiellement du contrôle, acceptant pour cela du soin et du sens. Il ajoutait que le rôle du psy dans cette danse serait la réconciliation des quêtes, des temps, et des réalités.⁶⁹

Nous l'avons dit précédemment, une des données les plus importantes est le temps. Le temps judiciaire n'est pas le même que le temps sanitaire, il est primordial de tenir compte à la fois du

⁶⁹ DU MESNIL DU BUISSON, G. *Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soin, injonction de soin, soin volontaire dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle ?* In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5^e conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 2001. Paris : J. Libbey eurotext, 2001. pp. 341-358

temps où l'on place son intervention mais aussi du champ d'action de celle-ci afin que chacun définisse objectifs et cadre.

Le temps pendant lequel sont prononcées les mesures d'obligation ou d'injonction de soins semble parfois être une éternité au regard de l'implication de certaines personnes dans le suivi, « il a une injonction de soins de 10 ans, si je le prends en charge cela veut dire que je vais être obligé de le suivre pendant 10ans ». Cette phrase que l'on entend parfois, est le parfait exemple d'une des craintes des soignants, qui à mon sens, à juste titre, ressentent tout comme la personne sous main de justice, la contrainte de ce soin pénalement ordonné.

Il est donc important pour les professionnels d'échanger avec les partenaires de la justice sur les actions qui devront être réfléchies en faveur de la prise en charge la plus adaptée en terme de suivi et non en conformité avec une durée de peine.

Ce qui rend ces prises en charge complexes, est très certainement le manque d'information et le sentiment d'isolement qu'ont les professionnels dans leur pratique. Au sein de l'Antenne Psychiatre Justice, une de nos priorités est de créer du lien, de favoriser la dynamique de réseau indispensable à toute intervention auprès de ce public. Là encore les stéréotypes en la matière font rage et entraînent encore trop souvent une frilosité de la part, notamment des soignants, qu'ils exercent en libéral ou dans le service public.

La psychiatrie, même si elle revendique son autonomie professionnelle, s'est constituée comme auxiliaire de justice. Combinée au droit elle donne l'ouverture sur la société. (...)

Elle doit accepter la séparation des savoirs et leur combinaison. (...)

« Pénaliser ou psychiatriser le crime ou le délit? Non! Pénaliser et soigner? Oui! » Mais les soignants devront toujours auto-analyser le désir sadique de guérir.⁷⁰

Nous le voyons au travers de notre pratique quotidienne, cette obligation vient questionner spécifiquement les moyens mis en œuvre pour répondre aux sollicitations de la justice. Or pour l'heure, judiciaire comme sanitaire sont face à des limites en terme de finance, d'effectif et donc de moyens ne leur permettant pas de développer une véritable politique de santé publique adaptée à la population dont elles ont la charge d'autant que les évolutions législatives à cet égard pullulent.

« Face à cette situation dramatique, justice et psychiatrie doivent apprendre toutes les deux à gérer la pénurie, à réduire leurs ambitions, à définir de nouvelles priorités et à se recentrer sur leurs valeurs

⁷⁰ RAPPARD, P. Punir et soigner, *Pratiques en santé mentale*. 2003, n°4. pp. 15-22

essentiels. Encore faut-il les connaître. »⁷¹

Tout cela montre que « si la psychiatrie a fait sa révolution par rapport à l'introduction de la politique sectorielle - qui a libéré l'asile et donné une autre texture à notre relation avec les malades mentaux - elle n'a peut-être pas encore fait sa véritable révolution et sa réflexion sur cette sorte de collaboration, au niveau de la répression, avec l'appareil judiciaire. »⁷²

Il s'agit bien là, dans un premier temps, de trouver des passerelles solides entre justice et psychiatrie afin de développer en partenariats des manières d'agir qui soient plus complémentaires. Se faisant, il convient d'ouvrir davantage le dialogue entre les professionnels au sein de leur discipline d'une part et d'autre part avec ceux dont on ne connaît que trop mal le domaine d'intervention.

2. Soigner et punir :

La prison, le sexe, les addictions et plus particulièrement la drogue mais aussi les violences, sexuelles ou non, entraînent toutes sortes de représentations, d'idées reçues qui soulèvent des craintes et des peurs voir des fantasmes de la part de l'opinion publique. L'évocation de la prise en charge des justiciables entraîne forcément des émois qui ont directement un impact sur le terrain.

Ces représentations ont une influence sur les professionnels amenés à côtoyer ce public et peuvent également être à l'origine des résistances à l'accueil d'une telle population au sein des structures de soins.

Les soignants ne s'interrogent, à mon sens, pas assez sur leurs pratiques et les représentations qu'ils ont sur la justice au sens large. L'heure est à l'ouverture, avant tout sur soi-même. Laissons la place au doute, d'aller questionner mais également de se questionner, notamment sur ses propres émotions et ne nous interdisons en aucun cas de ressentir. Car ce serait là nuire à soi comme aux autres.

a. un travail en pluridisciplinarité

Il est important de souligner que nous avons chacun nos missions, nos bases théoriques mais que c'est au travers d'un travail interdisciplinaire que les uns et les autres y gagneront, car, comme le

⁷¹ PORTELLI, S., *Op. Cit.*

⁷² AJZENBERG, D., *Op. Cit.*

souligne le Dr R. COUTANCEAU, dans le rapport IGAS/IGSJ⁷³, « il n'y a pas alternative mais complémentarité entre soins et éducation, la loi en France privilégiant les soins. »

La Justice sollicite le soin qui bien souvent se considère comme sa roue de secours, celle-ci ne sachant plus quoi faire, prononce une obligation/injonction et délègue sa responsabilité.

La réalité nous montre bien l'inverse, le soin n'est ni le dernier recours, ni la seule solution, il tient une place, plus facilement quantifiable lorsqu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique diagnostiquée, et beaucoup plus floue lorsque cela implique des troubles du comportement ou de la personnalité. Il n'est finalement qu'une pièce du puzzle amenée à l'édifice global de la réinsertion, tant celle-ci implique des sphères différentes de vie de la personne qu'elles soient sociales, professionnelles, familiales, sanitaires...

Le Pr J-L. SENON, reprend les termes du Dr C. BALIER, dans *Psychiatrie de Liaison en milieu pénitentiaire*, ouvrage qui me semble très largement adaptable à une pratique en milieu « ouvert » auprès des personnes placées sous main de justice, notamment dans une structure comme l'Antenne Psychiatrie/Justice.

Le Dr C. BALIER nous dit que « La délinquance est multifactorielle et si la prise en charge des troubles de la personnalité qui la sous-tend parfois est importante, elle demande une réponse plurimodale s'appuyant le plus souvent sur un travail partenarial aux confins du judiciaire, du socio-éducatif et de la réadaptation : dire la loi, corriger les relations au milieu, favoriser l'insertion, tels sont les préalables indispensables à un possible travail psychothérapeutique. »⁷⁴

Il est nécessaire de comprendre la prise en charge thérapeutique des PPSMJ et plus spécifiquement des AVS, comme une alliance entre ces trois institutions que sont la Justice, la Santé et le Social qui devront devenir inter-contenants les uns des autres pour atteindre à une réelle efficacité de la thérapeutique.⁷⁵

La pluridisciplinarité, nous le remarquons dans notre travail, permet un moyen d'échanger pour faciliter une meilleure compréhension du comportement du patient et de la situation, pour « tricoter parfois par différent bouts » une relation.

Ce rôle « d'inter-formation », comme on pourrait le nommer, est bénéfique à tous les partis, qu'il

⁷³ IGAS/IGSJ, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins*, 2011, 143 p. [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf [Consulté le 22.02.2011]

⁷⁴ SENON, J-L., *Op. Cit.*

⁷⁵ BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al., *Op. Cit.*

concerne la psychiatrie générale ou le domaine judiciaire. Cela permettra, d'une part, une meilleure appréhension des situations les moins évidentes et, d'autre part, de potentialiser nos actions par une meilleure compréhension des rôles de chacun et une meilleure utilisation et interprétation de termes, qui faisant écho aux deux parties, sont souvent source d'incompréhension. L'exhibitionnisme au sens judiciaire n'est, par exemple, pas l'exhibitionnisme au sens diagnostique du terme.

Cette collaboration Santé/Justice vient questionner la manière dont la psychiatrie peut répondre aux nouvelles demandes de coopérer. Mais avant cela, une question se pose, celle de l'acceptation par les psychiatres, psychologues, infirmiers... du fait que prendre en charge les personnes placées sous main de justice fait bien partie d'une de leurs missions. Dans ce débat houleux que nous ne pourrons pas développer dans ce travail, médecins/psychologues traitants du public et du privé, médecins coordonnateurs et équipes de soins vont avant tout devoir se réunir pour confronter leurs points de vue afin de trouver le meilleur consensus possible, privilégiant la prise en charge globale d'hommes et de femmes sans qu'ils soient cantonnés à leurs actes, aussi horribles soient-ils.

En tant qu'acteur et « promoteur » d'un travail partenarial, on peut poser la question que soulève le Dr G. LANTERI-LAURA : « Au nom de quel principe décider qu'une maladie se trouve incluse ou exclue du registre légitime de la psychiatrie? ». ⁷⁶ Ceci alimente le débat en fonction des obédiences des uns mais aussi très largement des volontés des autres.

Le dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et le l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) est le premier témoin du travail partenarial qu'il s'agit de développer en ce qui concerne l'injonction de soins, en particulier, mais bien plus largement concernant la prise en charge des justiciables en général.

Nous l'avons vu avec la création de l'Antenne psychiatrie/Justice, le travail de collaboration est très souvent le fait d'initiatives et de liens interpersonnels spécifiques toujours à renouveler. L'objectif est de développer ces fonctionnements pour qu'ils dépassent ces liens aussi indispensables (fondateurs) que fragiles (mutation, évolution professionnelle, initiative locale non généralisable...) et de les inscrire dans une continuité que s'approprie le plus grand nombre y compris la dynamique institutionnelle des établissements chapeautant ces projets ou services de soins.

⁷⁶ LANTERI-LAURA, G. Évolution du champ de la psychiatrie moderne : frontières et contenu. *Évolution Psychiatrique*. 2003, n° 1 pp. 27-38

Enfin la pluridisciplinarité doit aussi veiller aux transmissions entre l'intra et l'extra carcéral où, là encore, les espaces d'échanges manquent notamment entre professionnels du même milieu. Mais les soins pénalement ordonnés ne concernent pas que la psychiatrie, ils sollicitent tout autant, si ce n'est plus, parfois les soins médicaux généraux publics (Les services d'addictologie notamment, également présents parfois en détention, et, principalement concernant les problématique d'alcool et de toxicomanie, réunis aujourd'hui sous la dénomination CSAPA...) et le privé (médecine libérale...). Il est intéressant de remarquer que ces partenaires, plus traditionnels, ont souvent moins d'à priori que les services de psychiatrie à prendre en charge cette population, qui au delà de son étiquette « Justice », ne se différencie pas de son public habituel. Est-ce différent en psychiatrie ?

b. Un parallèle entre le milieu pénitentiaire et l'articulation à l'extérieur.

Les soignants en général, et les infirmiers en particulier, connaissent dans leurs pratiques quotidiennes leur rôle sur prescription, leur rôle propre ainsi que ce qui est du registre de l'éducation des patients.

Le risque dans la collaboration avec la justice est de se poser en « concurrence » notamment par rapport au rôle éducatif des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) et qu'une confusion d'installe.

Les soignants ont, à mon avis à juste titre, la crainte que les Programmes de Prévention de Récidive (PPR), mis en place par les CPIP, deviennent un travail « pseudo-soignant ».

En milieu carcéral, la réalité de terrain met trop souvent en exergue le fossé qui peut exister dans les liens Santé/Justice entre les UCSA/SMPR/Dispositifs de soins psychiatriques et les SPIP, là où la coopération devrait être la plus développée ou tout du moins la plus ancienne.

« Les CPIP n'ont rien à savoir de ce que font les soignants... » On voit même certains soignants prendre la place de ces « mauvais CPIP » qui ne font pas leur travail, parole de détenu!

Ces situations ne sont pas anodines et sont dangereuses pour une pratique en « milieu fermé » où les contraintes liées à l'enfermement sont déjà suffisamment pesantes. Le principal danger est de décrédibiliser les autres professionnels qui interviennent au même titre que nous au sein d'un établissement pénitentiaire, qu'ils soient de l'Administration Pénitentiaire, du SPIP, du service scolaire et avec qui nous partageons les mêmes préoccupations, à savoir la personne détenue et son retour dans la société.

Les Drs S. BARON LAFORET et J. LAURANS évoquent cette lutte de pouvoir et de tensions pouvant être favorisée par le narcissisme des soignants et des pénitentiaires : « ces luttes de pouvoir et les inévitables tensions qui en découlent doivent être évitées par un travail d'élaboration, une capacité à rechercher le sens, tout en acceptant de supporter les incontournables frustrations. Cette « paranoïa en miroir » se manifeste par « méfiance, suspicion, projection hostile, repli de chaque équipe dans sa tour d'ivoire, limitation des échanges verbaux au profit des interpellations vives par écrit (notes, réglementation, courriers à la hiérarchie...) ». ⁷⁷

C'est exactement ce qu'une collaboration plus fine peut permettre d'éviter, notamment par des rencontres régulières et un travail d'exploration des missions de l'autre.

Nous abordions précédemment les spécificités du travail auprès d'un public de justiciables. Certes ce public diffère des patients ordinairement rencontrés en psychiatrie, mais ces différences sont, à mon sens, plus marquées par le questionnement et la modification d'habitudes hospitalières qu'ont à développer les professionnels, que concrètement une modification de « fond » des prises en charge, même si une certaine flexibilité est de mise.

Je m'explique : la surpopulation pénale, le manque d'effectif et de moyens, font partie des causes notables entraînant des difficultés d'ententes entre les différents partenaires, mais bien souvent, le mal est plus profond ! Car c'est avant tout, des carences dans la remise en question de leur propre travail, associées à un repli sur soi dans un but conservateur, qui amènent les professionnels à s'isoler, privilégiant hélas l'intérêt d'un corps de métier par rapport à un autre, niant complètement les autres champs d'intervention autour d'un patient alors déboussolé.

Les soignants en milieu dit « fermé » ne sont pas « chez eux » : ils protègent quelque part leur identité propre pour garder une certaine légitimité et spécificité qu'ils doivent préserver vis-à-vis de l'Administration pénitentiaire mais aussi de l'hôpital. Mais ils ne doivent pas tomber dans une vision du « soin tout puissant » et « devront toujours auto-analyser le désir sadique de guérir. » ⁷⁸

Chaque professionnel a son champ de compétence qu'il doit développer à bon escient sans envahir le champ d'action de l'autre. Tout cela paraît simple, pour autant on observe souvent la mise en avant de solutions éducatives de la part des soignants et la mise en avant de solutions de type soignant en milieu éducatif.

Le Pr J-L. SENON, toujours dans son ouvrage *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, montre

⁷⁷ MANZANERA, C., SENON, J-L., *Op. Cit.*

⁷⁸ RAPPARD, P., *Op. Cit.*

le lien prégnant entre la psychiatrie de liaison et la psychiatrie pénitentiaire. Ce lien est le même avec le travail effectué en milieu ouvert par l'Antenne Psychiatrie/Justice, où l'expérience professionnelle, acquise notamment en milieu pénitentiaire mais aussi aux urgences psychiatriques par ses soignants, est marqué par des similitudes évidentes : « La psychiatrie s'exerce dans un lieu qui ne lui appartient pas et où elle n'a aucun pouvoir institutionnel : c'est une psychiatrie chez l'autre ».

Elle doit au quotidien constamment renégocier son instrument de soins et son champ d'intervention, qui en grande partie dépendent de la qualité des relations entretenues avec l'institution accueillante. Les risques d'exclusion et de cloisonnement sont aussi importants avec le milieu accueillant qu'avec son milieu d'origine, le secteur de psychiatrie. Elle doit être attentive à conserver son identité comme son éthique.... ».⁷⁹

Ce parallèle dans le fonctionnement tient, d'une part, malheureusement du public commun qui va et vient entre le milieu « fermé » et le milieu « ouvert ». L'Antenne Psychiatrie/Justice est réellement le versant probatoire de cette psychiatrie pénitentiaire, accédant à une clinique particulière souvent synonyme de dangers ou de problèmes pour l'extérieur. D'autre part, un autre parallèle, est l'isolement géographique pouvant se faire ressentir notamment au niveau institutionnel même si les nouvelles technologies ouvrent de nouvelles perspectives en matière de communication.

Le risque d'un cloisonnement par rapport à son secteur d'origine tout comme la surspécialisation de ces équipes est un facteur qui favorise l'isolement professionnel. L'important étant avant tout de créer du lien, des automatismes de la part de toutes les structures impliquées dans le circuit de prise en charge, afin de rapprocher les institutions, et éviter l'isolement et le travail en vase clos (...)

Le défi de l'équipe psychiatrique sera double : tout d'abord lutter pour son intégration, puis pour maintenir sa différence.⁸⁰

Dans la prison comme dans certains CMP ouverts à un partenariat social, tout est à faire autour de l'entretien d'accueil qui doit amener le patient à être demandeur de soins.

Il s'agit alors de créer avec le patient une relation suffisamment forte pour que celui-ci, accompagné par le soignant, accepte de se regarder sans effroi, de dire sa souffrance en tentant de la mettre en mots, de communiquer sa lassitude face aux passages à l'acte qui se répètent et s'enchaînent, de vérifier sa capacité à parler de lui sans se mettre en danger.

Le travail s'appuie sur la capacité d'empathie du soignant, attention communiquée ou suggérée qui

⁷⁹ SENON, J-L., *Op. Cit.*

⁸⁰ MANZANERA, C., SENON, J-L., *Ibid.*

revient à apprivoiser sans séduire, à faire passer l'intérêt porté sans fusion, à établir une relation forte sans succomber à la séduction d'un patient dont le besoin de séduire et de fusionner a souvent été la constante de sa relation à l'autre.⁸¹

3. Les Limites

L'articulation santé/justice atteint certainement ces limites lorsque les professionnels viennent, eux-mêmes, interroger la déontologie de leur pratique.

Les uns verront là un moyen d'argumenter leur refus de prendre en charge ce public : « Comment justifier dans le cas des soins contraints le non respect du principe d'autonomie du patient et de son consentement éclairé pour le traitement ? Le juge dit le droit, punit et sanctionne, tandis que le médecin traite mais un traitement ou des soins ne sont pas une modalité d'exécution de la peine. »⁸²

Les autres, un nécessaire questionnement pour éviter la dérive des pratiques notamment en termes de secret professionnel et de responsabilités : « Le ressenti d'un transfert de responsabilité de la justice sur la médecine. En effet, accepter un suivi signifie s'engager à un résultat et ce résultat est, vis à vis de la société, une non récurrence. Or, dans ce cas précis, si le juge pourrait peut être admettre et comprendre que nous ne puissions pas apporter autre chose que cette obligation de moyens, l'opinion publique elle, exigera, et probablement avec raison, des résultats. En définitive, la psychiatrie peut concourir à la lutte contre ce fléau mais elle n'est pas en mesure d'apporter de garanties en matière de résultat. Le phénomène de l'agression sexuelle est aujourd'hui sous haute surveillance médiatique, de sorte que tout échec thérapeutique risque d'échapper à la seule lecture clinique et se verra inévitablement réapproprié par la lecture populaire, ce qui aura des impacts négatifs sur notre profession et sur la valeur des thérapies et des thérapeutes. »⁸³

Le rapport de l'IGAS/ IGSJ de février 2011, lui aussi, interroge la confusion autour des pratiques. Il rapporte des préoccupations soignantes notamment en ce qui concerne les évolutions législatives récentes et, par exemple, l'élargissement de l'injonction de soins à d'autres infractions que sexuelles

⁸¹ SENON, J-L., *Ibid.*

⁸² COSSYNS, P. *Traitement des abuseurs sexuels, éthique médicale et soins contraints* [en ligne]. [Consulté le 07 janvier 2011] www.revueobservatoire.be/parutions/36/CosynsD36.htm

⁸³ LOBREAU, C. *La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle : de la sanction pénale à l'aide thérapeutique conjointe*. [En ligne]. Thèse. 3ème Cycle de Médecine Spécialisée. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2006, [consulté le 22.05.2011]. www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2006_LOBREAU_CHRISTIAN.pdf

par les lois successives (2005 et 2007).

Ainsi que l'écrivent le Pr J-L. SENON, PU-PH de psychiatrie, de l'université de Poitiers, et le Dr C. MANZANERA, psychiatre, dans *L'illusion d'un traitement psychique du crime* : La nouvelle loi du 10 août 2007 est considérée à plusieurs titres comme très préoccupante par les soignants de psychiatrie. Elle majore ... la confusion entre crime et maladie mentale. »⁸⁴

Mais les résistances ne proviennent pas uniquement des professionnels de la justice, de la santé ou du social : la personne placée sous main de justice elle-même vient également parfois heurter le cadre et mettre à mal des partenariats encore friables. « Qui dit soins pénalement obligés, dit forcément risque de sanction pour le justiciable si non respect de ces obligations. Pour éviter cette menace, tous les stratagèmes sont possibles, à commencer par les thérapies « vides » durant lesquelles le sujet vient confier à son pseudo-thérapeute des messages rassurants à l'intention du juge de l'application des peines (JAP). Or, les soins n'ont de chance d'aboutir que si le sujet s'y engage activement. (...) Dans ce domaine, l'illusion de soins serait plus grave que l'absence de soins. »⁸⁵

L'institution judiciaire se manifeste davantage par le développement des obligations et injonctions de soins pour les personnes présentant des troubles mentaux ou troubles de la personnalité, dans un contexte de confusion du champ sanitaire et de l'ordre social, confusion entre la dangerosité psychiatrique des malades mentaux et la dangerosité criminologique.⁸⁶

Une autre limite, est l'évolution des métiers, dans l'Administration Pénitentiaire notamment. La fonction des travailleurs sociaux a évolué, dès 1999, vers le métier de conseiller d'insertion et de probation (CIP), plus tourné vers le respect des mesures de justice que la prise en charge globale du justiciable. Aujourd'hui, les nouveaux CIP, voient leur fonction se tourner exclusivement vers le pénitentiaire.

D'autre part au niveau des soignants, c'est notamment les carences de la formation actuelle en psychiatrie qui interroge. Travailler en partenariat signifie avoir une bonne assise dans sa propre fonction. Les carences notamment dans la formation en psychiatrie des infirmiers(ères) questionnent l'avenir même de la santé mentale. Ces évolutions professionnelles risquent à terme de scléroser les pratiques et de limiter encore un peu plus les collaborations par manque de connaissance des champs

⁸⁴ Rapport IGAS/IGSJ, *Op. Cit.*

⁸⁵ LOBREAU, C., *Ibid.*

⁸⁶ ROSSINELLI, G. Relations psychiatrie/justice pour les soins sans consentements, *Perspectives Psy*, n° 1, pp. 31-37

communs d'intervention. Or, nous l'avons dit, la collaboration passe inéluctablement par une connaissance fine de ses propres missions et objectifs avant de « s'ouvrir aux autres ».

Au delà de la formation « de base », J-L. SENON questionne la pratique soignante en milieu pénitentiaire qui, comme nous l'avons vu, est très proche de la psychiatrie de liaison et de l'Antenne Psychiatrie/Justice. « Toute nouvelle clinique a besoin de modèles (...) modèle dans le domaine de l'éthique et de la déontologie, modèle pour la créativité clinique comme thérapeutique, modèle surtout dans les stratégies d'intervention face à des patients qui ne sont pas initialement demandeurs et dont la pathologie est en grande partie liée au milieu qui les détient, comme à la singularité de psychopathologies de carence qui ont bien à voir avec leur délinquance.

De façon paradoxale, le développement des soins en prison peut engendrer un risque de cloisonnement de la psychiatrie publique pénitentiaire par rapport à la psychiatrie de secteur telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux spécialisés.

Indispensable dans le domaine de la psychiatrie comme pour d'autres spécialités médicales, la surspécialisation des équipes ne peut contribuer à un dispositif de santé opérant que si une attention particulière est apportée à la circulation des personnels comme des informations, des recherches ou de l'éthique, en faisant en sorte que des fossés ne se créent pas. La prison a besoin d'une équipe de psychiatrie hospitalière, et non de soignants devenus pénitentiaires au fil des années. »⁸⁷

E. Antenne Psychiatrie/Justice et Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS)

Nous n'allons pas reprendre là la psychopathologie, les traitements et les prises en charges puisqu'ils ne sauraient se résumer à quelques pages dans un mémoire et que cela a été le thème de ce D.U.

Nous allons aborder le contexte du phénomène et les applications concrètes mises en place par le dispositif de réseau nancéien dont font partie en milieu « ouvert » l'Antenne Psychiatrie/Justice, d'une part, et le CRIAVS Lorraine, d'autre part, avant de développer succinctement les limites et les perspectives de terrain.

Les AICS se voient coller au moins deux étiquettes et sont considérés comme une catégorie à part

⁸⁷ SENON, J-L., *Op. Cit.*

des autres justiciables. Étant à la fois sous main de justice et condamnés pour des faits qu'aujourd'hui la société considère comme étant les plus inacceptables, ils ont une image animale voire monstrueuse que la presse ne manque pas de détailler à qui veut l'entendre (ou le lire). Entre le temps de l'incarcération et l'accession au milieu « ouvert », c'est également leur positionnement propre qui change, tantôt « victimes » en détention, ils sont « agresseurs » à l'extérieur.

1. Le Contexte

a. D'un point de vue historique

Le Dr S. BARON LAFORET, nous dit que *l'historique de l'intérêt pour les auteurs de violences sexuelles semble très lié d'une part, à la place de l'enfant, devenu un bien, voire un droit précieux dans la société et la famille, et d'autre part, à l'essor du discours des victimes. Dans un premier temps, ce sont les femmes qui ont été entendues ; en parallèle, les victimes d'attentat, de catastrophes ont pris de plus en plus de place dans une société qui rêve d'annuler les risques.*

*La notion que la violence à caractère sexuel puisse être un crime a été intégrée dans le code pénal de 1992. Depuis une quinzaine d'année, les auteurs de violences sexuelles ont afflué dans les prisons : ainsi des professionnels de justice, de l'administration pénitentiaire et de soins ont été amenés à les rencontrer comme sans doute ils n'y avaient pas pensé et n'y avaient pas été préparés.*⁸⁸

Les violences sexuelles font partie du lot de ces violences inhérentes à l'Homme, où le corps d'un autre devient un territoire à conquérir. La culture humaine s'est ainsi développée sur la répression de la violence et de la sexualité autorisant la création de codes partageables fondant, quels qu'ils soient, des usages sociaux.

G. VIGARELLO a remarquablement su nous montrer, dans son « Histoire du viol », la naissance du concept pénal du « viol » en nous indiquant que, de tous temps, il fut sévèrement condamné dans les textes mais, pendant longtemps, rarement puni par les hommes chargés d'appliquer la loi.⁸⁹

⁸⁸ BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. *Op. Cit.*

⁸⁹ BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. *Ibid.*

Cette approche historique semble nécessaire pour aborder le contexte dans lequel nous intervenons. Il est primordial, à mon avis, de bien saisir le cadre sociétal, qui est le nôtre aujourd'hui et dans lequel nous exerçons, pour aborder des problématiques très empruntées de ce regard sociétal.

b. Une définition

La violence sexuelle est un vaste ensemble dont toutes les facettes ne concernent pas directement le clinicien. En effet, certaines de ces violences sont exercées dans des cadres qui n'impliquent pas, à strictement parler, la nécessité de soins à leur auteur en tant qu'elles sont intégrées à des phénomènes culturels, rituels ou encore de guerre. Dans ces situations, l'acte de violence sexuelle est commandé par une dimension externe à son auteur. Par exemple les viols commis sur les femmes des ennemis en temps de guerre.

Aussi est-il nécessaire de ne retenir, ici, que ce qui intéresse l'aspect médico-légal dans son exercice violent auprès d'un tiers et que l'on peut nommer « acte d'agression sexuelle » (ou de manière contemporaine : délinquance sexuelle). L'agression sexuelle peut être considérée comme une situation de mise sous contrainte non justifiée d'un tiers, par un sujet, ou un groupe de sujets, portant atteinte à l'intégrité physique ou/et psychique de la personne, dans un but évident d'en tirer un bénéfice de type sexuel au seul profit du ou des agresseurs. Contrairement aux premières situations évoquées, cet acte présente la particularité de se trouver principalement sous une commande interne à son auteur et répond à un mécanisme de « survie psychique » pour celui qui l'exerce.⁹⁰

Ce qui a notamment été soulevé lors de la conférence de consensus en 2001.

Il n'y a aucune raison scientifique de penser que l'abus sexuel, sous toutes ses formes, soit un phénomène nouveau et particulier à notre époque. Ce n'est pas la prévalence du phénomène qui a changé, mais sa visibilité sociale et l'attitude du public en général.

Nous avons un devoir de faire appel à la raison dans ce domaine éminemment émotionnel. La médiatisation exagérée ne sert pas notre cause, ni celle des victimes ni celle des auteurs d'abus. Il faut canaliser l'émotion libérée dans les voies raisonnables d'un point de scientifique et justifiées dans une perspective éthique et humaniste respectueuse des droits de l'homme.⁹¹

Les seules infractions à caractère sexuel qui peuvent être recensées sont celles qui sont dévoilées. Il

⁹⁰ BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. *Ibid.*

⁹¹ COSSYNS, P., *Op. Cit.*

pourrait donc s'agir de la face émergée de l'iceberg. On ignore tout, ou presque tout ; de la partie qui reste cachée sous l'eau.⁹²

Tout le monde s'accorde sur la nécessité d'une réflexion pluridisciplinaire judiciaire, médicale et sociale sur la prévention de la récidive et d'un partenariat accru entre les magistrats, les thérapeutes, la police et la société.

Ce qui implique de relever le double défi d'inciter à se soigner des personnes qui, spontanément, n'en éprouvaient pas le besoin et d'impliquer le corps médical dans un domaine où il se sent encore mal à l'aise.⁹³

Les auteurs de violences sexuelles ont dû adopter une manière de se comporter qui ne montre pas d'emblée ce qu'ils agissent dans leur intimité ou dans l'intimité contrainte d'une relation volée, dérobée, imposée à l'autre. Ils se questionnent sur ce qu'un soin pourrait leur apporter, tant ce n'est pas leur démarche première. Ces personnes n'ont décidément pas vocation à devenir nos patients...⁹⁴

Il ne s'agit pas de traiter tous les auteurs, mais d'accepter de les rencontrer pour pouvoir évaluer le besoin de soin et, le cas échéant, le mettre en place ou le proposer.

La psychiatrie est concernée aussi en tant qu'acteur social au delà de l'intervention individuelle, en tant qu'outils de réflexion, acteur de réseau social.⁹⁵ Il s'agit de faire exister ces personnes dans leurs actes pour pouvoir les rencontrer.

2. Spécificité des pratiques de l'Antenne Psychiatrie/Justice

Dès sa création en 1988, l'Antenne Psychiatrie/Justice va tenter de quantifier, sous forme statistique, la population qu'elle est amenée à rencontrer.

⁹² BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. *Ibid.*

⁹³ LOBREAU, C., *Op. Cit.*

⁹⁴ LINDANDA, M., PRADEL, E. *Les infirmiers(ères) en conflit avec leur âme*. Communication CIFAS 2009 [en ligne]. www.artaas.org/documentation/InfenConflitML-EPCifas2009.pdf [Consulté le 20.06.2011]

⁹⁵ BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. *Op. Cit.*

En 1993, les premiers chiffres concernant les AVS indiquent qu'ils représentent 25% des 581 entretiens directs réalisés dans l'année.

*A partir de 1995, l'antenne est appelée « à intervenir auprès des services du Procureur de la République, notamment auprès des auteurs mais aussi des victimes d'infractions aux mœurs, ceci en étroite liaison avec l'ISP rattachée au pôle infanto-juvénile du tribunal. Cela permet, dès la découverte ou la dénonciation ou le signalement des faits, de prendre en charge les victimes, généralement des enfants. Cela permet aussi de rencontrer les auteurs et d'organiser avec eux un suivi, si possible thérapeutique. »*⁹⁶

Avec l'arrivée en 1996 d'une psychologue vacataire, les pratiques envers les AVS vont se développer. Le travail en pluridisciplinarité est mis en avant.

« Les résultats sont mitigés lorsqu'il s'agit de prendre en charge des personnalités fortement rigides ou des personnes vivant une dépendance importante. Malgré ses difficultés, l'Antenne poursuit son action et sa présence auprès des éducateurs, d'assistants sociaux, souvent dépassés. Elle permet de relativiser, de recentrer, d'agir, de réagir, de re-agir voir de re-réagir. »

La focalisation médiatique des infractions sexuelles, surtout à l'encontre d'enfants, entraîne une réaction de la Justice qui demande plus de garantie. *« La présence de l'Antenne aux côtés de magistrats est alors très forte, surtout sur le versant informatif, voire pédagogique, en regard de la notion de récidive chez les auteurs de ce type d'infractions. Ces derniers sont vus de manière très régulière par l'Antenne car l'orientation vers un thérapeute « externe » en Centre Médico-Psychologique ou en libéral, ne peut se faire qu'après une sérieuse observation, analyse permettant de faire ressortir une acceptation ou une demande du sujet. »*⁹⁷

En 1998, dix ans après la création de l'Antenne, est organisée une journée étant l'occasion d'aborder un thème « prenant de l'ampleur », celui de la délinquance sexuelle avec la loi du 17 juin 1998 instituant un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins.

« Les questions de sa mise en œuvre tant matérielle que financière mais aussi des personnes qu'elle concerne et de la place du milieu sanitaire et des capacités de prise en charge sont abordées.

Comment prendre en charge ces personnes dont le nombre est grandissant, dans le cadre thérapeutique ? Le concept analytique des entretiens en dualité est-il le seul à pouvoir être mis en

⁹⁶ DUPONT, J-L., *Op. Cit.*

⁹⁷ DUPONT, J-L., *Ibid.*

œuvre ? Cette journée du 20 octobre, par les interventions du Dr R. COUTANCEAU et M. GAZAN, a ouvert d'autres orientations. Seront-elles explorées ?

Pour l'Antenne qui agit déjà en coordination entre la justice et la psychiatrie, quel sera son rôle dans cette loi ? Lorsque la loi prévoit un médecin coordonnateur, elle décrit la fonction de l'Antenne. Cela ne veut pas dire que l'Antenne sera « médecin coordonnateur ». Elle n'entrera pas en concurrence avec ces médecins. Cependant, elle pourra leur être d'une aide précieuse tant dans la fonction que la gestion de cette coordination. »⁹⁸

Entre janvier 2000 et 2005, l'intégration de la psychologue vacataire, maintenant salariée, a ouvert des possibilités d'action notamment en direction des « abuseurs sexuels » par une prise en charge de groupe. Ces groupes thérapeutiques étaient fermés (24 séances), hebdomadaires et prévus sur une durée de 6 mois. Le premier groupe a compté 6 participants.

Ces groupes ont été profitables, là où les entretiens individuels ne permettaient pas toujours de lever les résistances des délinquants sexuels à explorer les motivations profondes de leur(s) passage(s) à l'acte, et parce que leur prise en charge était difficile à mettre en place à l'extérieur, dans les lieux tels que les Centres Médico Psychologiques. « *Nous avons décidé de conduire un groupe de parole afin de favoriser une démarche générale d'introspection, apporter un éclairage de leur passage à l'acte, parvenir à développer un mouvement d'empathie pour leur victime et prévenir la récurrence.*

Au final, des liens familiaux ont pu être restaurés ; les motivations des passages à l'acte ont pu être saisies par les participants ; leur perception de la résolution des conflits extra ou intra familiaux a évolué ; les participants ont découvert ou redécouvert l'intérêt de s'exprimer devant d'autres ; ils ont fait des efforts d'articulation, d'explicitation, de formulation ; le travail de groupe a suscité chez les participants des interrogations sur leur fonctionnement propre ; un mouvement empathique à l'égard des victimes a pu se développer. »⁹⁹

L'année 2004, nous l'avons vu précédemment dans l'évolution du fonctionnement de l'Antenne, a été une année charnière, avec la loi Perben 2, changeant considérablement le recours aux obligations « comme couverture », les magistrats n'ayant plus le temps nécessaire pour évaluer la personnalité des justiciables notamment lors de mesures comme la comparution immédiate ou la citation directe.¹⁰⁰

Là commence l'accroissement des textes législatifs introduisant et développant des mesures d'accompagnement des délinquants s'apparentant plus à du contrôle quasi permanent qu'à une aide.

⁹⁸ DUPONT, J-L., *Ibid.*

⁹⁹ DUPONT, J-L., *Ibid.*

¹⁰⁰ DUPONT, J-L., *Ibid.*

*L'obligation de soin entre dans ce courant de contrôle.*¹⁰¹

Depuis 2005, les groupes de parole thérapeutique proposés aux auteurs de violences sexuelles n'ont pas pu être réinitiés, cela pour plusieurs raisons, d'une part des départs/arrivées successifs de professionnels de l'Antenne, dont son « créateur » fin 2009 et le déploiement différent de la nouvelle équipe. Cela s'ajoute à l'accroissement du nombre de justiciables sous obligation/injonction de soins et des missions de l'Antenne mobilisant ses professionnels au sein du SPIP, du CSL, du TPE, d'un temps sur le Centre Pénitentiaire mais également de manière accrue sur 3 secteurs géographiques couvrant les 2/3 du département.

Après une période « ré-organisationnelle » nécessaire, l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire (versant probatoire qui, je vous le rappelle, est pris en charge par l'Antenne Psychiatrie/Justice), en collaboration avec le CRIAVS, travaille activement, sous couvert d'une supervision, à la mise en place de groupes de paroles thérapeutiques en « milieu fermé » au sein du Centre Pénitentiaire et en « milieu ouvert ». Ces groupes devraient commencer d'ici à la fin de l'année 2011.

La mise en place, à l'Antenne Psychiatrie/Justice, d'actions en faveur des auteurs d'infractions à caractère sexuels est à la fois très intéressante et très délicate. J'ose abuser des superlatifs pour souligner le fossé qu'il peut y avoir entre une loi et son application concrète sur le terrain. Car, oui, nous travaillons avec des êtres humains, pas seulement dans une relation soignant/soigné, où nous commençons à trouver notre place, mais bien aussi dans tout le travail de réseau que nécessite en amont une relation soignante.

Délicate, d'une part, car les modifications législatives en la matière ont déclenché la mise en place d'un dispositif important qui n'est, pour l'heure, pas applicable en l'état mais bien en construction.

Que l'on parle des obligations/injonctions de soins, des médecins coordonnateurs mais également des CRIAVS (Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles), tous ces dispositifs demandent à être compris, intégrés et intégrables à des fonctionnements judiciaires comme sanitaires déjà surchargés.

En tant qu'acteur de terrain, concernant le travail en réseau, je pense commencer à identifier

¹⁰¹ DUPONT, J-L., *Ibid.*

l'ampleur du travail qu'il reste à accomplir et notamment en ce qui concerne les problèmes tant organisationnels que matériels et humains que nous rencontrons jours après jours en avançant vers la réalisation de ce grand projet que sont le traitement et la prise en charge des AICS.

Les débats sur l'injonction de soins et la multiplication des lois, la concrétisation de telles mesures sur le terrain mais aussi la place des soignants dans la prise en charge des AVS, soulève bien des questionnements concernant la complexité du passage entre théoriser et concrétiser.

Ce travail de réseau, se construit petit à petit, nous l'avons dit, très souvent il naît de liens interpersonnels privilégiés, eux aussi à travailler voire avant tout à créer.

En tant que jeune professionnel, cela est également l'occasion pour moi de découvrir en même temps des aspects auxquels je serais confronté toute ma carrière, l'institution hospitalière et administrative, les financements... Mais aussi comprendre les dynamiques médicales au sein du service public et entre le service public et le privé, la place de la psychiatrie en médecine comme celle de l'infirmier au sein de l'organigramme institutionnel, les représentations autour du soin et notamment autour du soin en santé mentale !

Le rapport de l'IGAS/IGSJ, même s'il est critiqué par certains (*Objectifs irréalisables aux vues des moyens alloués (...), caractère prépondérant des soins non prouvés criminologiquement...*¹⁰²), aborde de nombreux points très intéressants qui ne manqueront pas de permettre l'évolution des pratiques grâce à un référentiel « étiqueté » Santé/Justice. Il permettra notamment de clarifier la place d'une structure comme l'Antenne Psychiatrie/Justice dans le dispositif de l'injonction de soins. Nous l'avons vu précédemment, la question a été posée dans le rapport d'activité de l'Antenne dès 1998, année d'adoption de la loi du 17 juin, car outre les dispositions légales d'interactions entre justice et santé, aucune place n'est « officiellement » laissée pour des structures atypiques de ce type. Le rapport de l'IGAS/IGSJ soulève cette interrogation. « *Lorsqu'aucun médecin traitant, même en CMP, n'est pas immédiatement disponible, le recours à une consultation post pénitentiaire, lorsqu'elle existe, spécifiquement dédiée aux sortants de prison soumis à une obligation de soins, peut être nécessaire, au moins dans un premier temps. Leur existence est révélatrice de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler.* »¹⁰³

¹⁰² ARTAAS, Blog, <http://artaas-clinscience.blogspot.com/>, [en ligne]. [Consulté le 13.06.2011].

¹⁰³ Rapport IGAS/IGSJ, *Op. Cit.*

Ces actions auprès des AVS sont d'autant plus intéressantes, qu'elles permettent aux professionnels de terrain de développer leur sens clinique mais aussi de mettre en place des projets de prise en charge en articulation avec d'autres structures pour une problématique à laquelle on s'intéresse plus précisément depuis moins de 30ans.

Après la loi de 1998 et le prononcé de SSJ avec injonction de soins, les premières personnes incarcérées et soumises à cette mesure en sortant de prison sont arrivées sur l'Antenne Psychiatrie Justice depuis environ 2 ans. Les peines étant généralement assez longues il était plus rare auparavant que nous y soyons confrontés. S'est alors posée la question de l'évaluation, l'orientation et la prise en charge d'un public qui interpelle à plusieurs niveaux (moyens disponibles en termes de disponibilités des professionnels, formations mais aussi préjugés et réticences...).

Nous avons, à l'heure actuelle, mis en place plusieurs actions spécifiques à la prise en charge des personnes condamnées pour des faits de mœurs. Le travail en équipe est un point central de notre intervention, les entretiens se faisant le plus souvent en binôme, l'équipe est également un moyen pour le soignant de trouver un tiers physique ou symbolique dans la relation.

Cette tiercéité est également permise par l'utilisation, principalement d'un support, le QICPAAS (Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles).

Ce questionnaire, créé puis utilisé par l'équipe du Dr C. BALIER au SMPR de Varces, en 1997, a été couplé à des outils cliniques d'évaluations (TAT et Rorschach) pour travailler l'entrée en relation et l'émergence d'une demande de soins des AVS. Il a permis d'identifier que près de 50% des personnes ayant passé ces tests ont fait en demande de suivi par la suite.

Sur cette base, il nous a semblé être un outil pertinent pour mieux aborder ces personnes. Nous sommes d'ailleurs en ce moment, en train de réaliser un travail à la fois de création d'un nouvel outil, plus adapté à notre pratique, sur la base du QICPAAS. Le but est de réaliser, dans un second temps, une recherche concernant la demande de soins et l'appropriation de soins pénalement ordonnés.

Ces nouvelles pratiques, nous permettent d'aborder différemment des personnes qui jusque là nous paraissaient difficilement accessible. Cela a également permis, et d'avantage encore avec ce D.U) d'approfondir des notions très théorique, me concernant, comme par exemple la perversion, conjuguée à toutes les sauces dans le langage courant.

Il est également des plus intéressant de développer les liens avec les médecins coordonnateurs, car nous avons la chance d'en compter six, rien que pour notre département. C'est l'occasion d'échanger mais aussi de faire découvrir notamment dans les institutions soignantes la concrétisation des réformes législatives dont souvent les premiers concernés n'ont jamais entendu parler.

Un important travail de réseau est également réalisé, pour l'heure, dans notre pratique, nous sommes les premiers témoins des difficultés liées à l'échange d'information concernant les prises en charges pluridisciplinaire surtout lorsqu'elles sont de différents domaines. Il n'est pas rare d'être sollicité par les CPIP du milieu ouvert concernant des personnes ayant un SSJ avec IS car très souvent elles ne reçoivent pas forcément d'informations de la part des médecins coordonnateurs ou même des JAP concernant d'une part la prise en charge sanitaire mais surtout d'autre part concernant leur « état psychologique » sous-entendu le degré de sensibilité en terme de réitération.

Les questionnements sont alors nombreux, quelles places prendre dans un dispositif dans lequel nous n'apparaissions pas? Comment ne pas appliquer, envers les CPIP, notre mission de soutien pour une injonction de soins alors qu'il s'agit du but de notre présence dans les locaux du SPIP pour une obligation de soins ? Ethiquement, comment supporter de laisser une personne en demande ou nous paraissant fragile sans suivi sous prétexte qu'elle va prochainement rencontrer un médecin coordonnateur ou que celui-ci n'a pour le moment pas de réponse à lui offrir (saturation du réseau du médecin coordonnateur / refus de prise en charge des structures)?

3. Le CRIAVS - Lorraine

Je tenais pour finir, à aborder, même si ce n'est que très brièvement, la création et le déploiement du CRIAVS-Lorraine depuis février 2010.

Il est tout d'abord important de noter la volonté de la direction du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) et du Chef de Pôle du Grand Nancy, le Dr B. COURTIAL, de mettre en avant la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire et auprès des PPSMJ dans la construction du CRIAVS.

L'équipe est, en effet, composée pour sa plus grande partie, de professionnels de l'UFPPP (milieu « fermé » et Antenne Psychiatrie/Justice).

Les trois infirmiers de l'Antenne Psychiatrie/Justice sont également les trois infirmiers qui se partagent le temps plein d'infirmier pourvu au CRIAVS. Il en est de même pour les trois psychologues du Centre Pénitentiaire également sur un temps plein CRIAVS.

Cette importante corrélation entre le CRIAVS et l'UFPPP favorise grandement l'articulation que tente de déployer, à un niveau régional, le CRIAVS, notamment par l'expérience de terrain et de réseau de ses professionnels.

Il me semble intéressant ici d'évoquer cette autre facette de l'articulation Santé/Justice qu'est le CRIAVS, sans en détailler ni les origines législatives, ni les missions et les objectifs. Vous pourrez trouver l'ensemble de ces informations notamment sur notre [site internet](#).¹⁰⁴

Le CRIAVS propose également des actions de formation et de soutien clinique, qui permettent de diffuser de l'information, de développer un « langage commun » et de permettre aux différents professionnels, de différents horizons de se rencontrer autour d'une problématique commune.

Il permet, entre autre, d'actualiser des connaissances en plein essor, de développer les pratiques directement auprès du public mais également entre professionnels.

De plus, le développement national des CRIAVS (plusieurs dénominations) depuis 2006, permet encore d'avantage de désenclaver des pratiques souvent isolées. Le CRIAVS ouvre également des perspectives en matière de recherche et de prévention par le temps d'élaboration qu'il offre aux professionnels. Il est d'ailleurs très intéressant pour moi d'être le représentant du CRIAVS Lorraine à la Fédération des CRIAVS, lieu d'échanges immensément constructifs pour une structure aussi récente que la nôtre.

F. Conclusion

Nous l'avons développé tout au long de ce travail, l'idée d'une interface Santé/Justice a longuement évolué depuis la fin du XVIIIème siècle pour aujourd'hui être soutenue par tous. L'objectif est de permettre aux justiciables d'avoir accès de la manière la plus cohérente possible à une prise en charge globale (sanitaire, sociale mais aussi dans un souci de protection de la société).

C'est dans cette perspective que l'Antenne Psychiatrie/Justice inscrit sa pratique, forte de plus de trente années d'évolutions, pour développer toujours d'avantage l'échange et la coopération, pour et autour du justiciable, ces actions étant la clé de voute d'un système toujours à la recherche des

¹⁰⁴ CRIAVS-Lorraine : Centre Ressource pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles [En ligne] www.criavs-lorraine.org

moyens humains, financiers, logistiques, etc... nécessaires à un fonctionnement opérant dans un domaine aussi sensible que celui ci.

Il est regrettable de constater que des initiatives de ce type ne soient qu'atypiques et si peu nombreuses car je reste persuadé que Justice et Sanitaire ont beaucoup à apprendre l'une de l'autre. J'en fais moi-même l'expérience quotidienne, tant nos champs de compétences sont différents et pourtant en corrélation bien plus étroite qu'il n'y paraît.

Le travail en pluridisciplinarité, que nous avons largement promu dans ce travail, montre malheureusement ses limites notamment en termes de traçabilité, d'efficience et d'efficacité de transmission d'information entre professionnels de différents domaines. En effet, ces pratiques, viennent directement questionner, éthiquement, la place du secret professionnel (médical ou autre) alors même que c'est de l'intérêt du patient/justiciable (en fonction du champ d'intervention) dont il s'agit.

Les auteurs de violences sexuelles sont pour l'heure les premiers témoins de débuts difficiles : concernant notamment la coordination des différents acteurs de la prise en charge. Les difficultés d'aborder des faits peut faire resurgir tant pour certains professionnels que pour la société, peur (de l'autre mais aussi en terme de responsabilité), colère, antipathie, fascination ou sidération...

C'est d'ailleurs très certainement à ce niveau qu'il reste le plus à faire !

G. Bibliographie

AJZENBERG, D. Psychiatrie et justice, alliances et paradoxes, *Psychiatries*, 2005, n°144, 290p.

ARTAAS, Blog. [En ligne]. <http://artaas-clinscience.blogspot.com/> [Consulté le 13.06.2011]

Article 64, Code Pénal de 1810. [En ligne]. <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/resp/resp.htm> [Consulté le 05.07.2011]

BARON LAFORET, S., CIAVALDINI, A., CORDIER, B. et al. Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique, *Pluriels*, 2008, n°69-70-71. 24p.

BARTHELEMY, C. Réflexions sur les rapports de la psychiatrie et de la justice à l'occasion de la loi concernant la délinquance sexuelle. *Information psychiatrique*, 1998, n°5, pp. 485-492

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Textes Officiels [en ligne]. <http://www.ch-charcot56.fr/textes/c150360.htm> [Consulté le 13.06.2011]

CONRAUD, J-M. *Charles III une prison en ville – l'histoire de l'enfermement à Nancy*, Metz : Ed. Serpenoise. 2009. 135p.

COSSYNS, P. *Traitement des abuseurs sexuels, éthique médicale et soins contraints* [en ligne]. www.revueobservatoire.be/parutions/36/CosynsD36.htm [Consulté le 07.01.2011]

CRIAVS-Lorraine : Centre Ressource pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles [En ligne] www.criavs-lorraine.org

DAVID, M., In MICHEL, L., BRAHMY, B. *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Paris : Heures de France. 2005. 394p.

DILIGENT, M-B. *Histoire de la psychiatrie en Lorraine* [en ligne]. <http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Diligent1.htm> [Consulté le 23.04.2011]

DU MESNIL DU BUISSON, G. *Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soin, injonction de soin, soin volontaire dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle ?* In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5^e conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 2001. Paris : J. Libbey eurotext, 2001. pp. 341-358

DUPONT, J-L. *Rapports Annuels d'activité – Antenne Psychiatrie/Justice Nancy*. 1988 à 2007. Nancy.

DUPONT, J-L., MANGIN, M. *Projet de travail en association secteur Pédopsychiatrie / Justice*, Non signé, 1991

EVIN, C. « Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale ». http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=0F9C2EB147EDA37E2368FC1D29326CA.C.tpdjo13v_3?cidTexte=JORFTEXT000000525187&categorieLien=id [Consulté le 03.05.2011]

FOUCAULT, M. *La folie à l'âge classique*. Gallimard. PARIS, 1972. 583p.

FOUCAULT, M. *Maladie mentale et psychologie*. PUF. PARIS, 1954.

GAUTRON, V. In BARON LAFORET, S. *Les traitements proposés aux auteurs de violence sexuelle Exercice en réseau*. 2011. Powerpoint D.U. AICS – Université Paris V.

GILLOT, L. Justice : entre robes noires et blouses blanches. *L'Infirmière Magazine*. 1995, n°91. pp. 32-33

HERVE, C. et al. *Recherche biomédicale et populations vulnérables*. Paris : L'Harmattan. 2006. 154p.

IGAS/IGSJ, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins*, 2011, 143p. [En ligne]. <http://www.artaas.org/documentation/RaportIGASIGSJSSJ+IS.pdf> [Consulté le 22.02.2011]

LANTERI-LAURA, G. Évolution du champ de la psychiatrie moderne : frontières et contenu. *Évolution Psychiatrique*. 2003, n° 1 pp. 27-38

LANTERI-LAURA, G. *Psychiatrie, justice et déviance sexuelle* In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5^e conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 2001. Paris : J. Libbey eurotext, 2001. pp. 3-15 [en ligne]. [Consulté le 28.04.2011] <http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Lanteri.html>

LINDANDA, M., PRADEL, E. *Les infirmiers(ères) en conflit avec leur âme*. Communication CIFAS 2009 [en ligne]. www.artaas.org/documentation/InfenConflitML-EPCifas2009.pdf [Consulté le 20.06.2011]

LOBREAU, C. *La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle : de la sanction pénale à l'aide thérapeutique conjointe*. [En ligne]. Thèse. 3^{ème} Cycle de Médecine Spécialisée. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2006, [consulté le 14.05.2011]. www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2006_LOBREAU_CHRISTIAN.pdf

LOI n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. [En ligne]. [Consulté le 02.07.2011] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>

MANZANERA, C., SENON, J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire, *Annales Médico-Psychologiques*. 2004, n°8, pp.686-699.

MARCEL, E., RICHOU, H. Le suivi post-pénal des agresseurs d'enfants, mythe, réalité ou fuite sociale ? *Actualités Psychiatriques*. 1995, n°4, pp.2-4

MERCKLING, J. *Le métier d'infirmier en santé mentale : savoirs et pratiques*, Paris : Seli Arslan, 2007. 318p.

MICHAUD, J. Délinquance sexuelle, point de vue éthico-juridique. *L'Information Psychiatrique*. 1998, n°5, pp.481- 484

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS - MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide de l'injonction de soins*. [En ligne] 2010, 67p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf [Consulté le 11.03.2011].

PAUGAIN, M., COURTIAL, B., COLAS, M., DUPONT, J-L., CABLAN, A., Obligation de soins et psychiatrie de liaison, *Actualités Psychiatriques*. 1995, n°1, pp. 3-6.

PORTELLI, S. Justice et Psychiatrie, indépendance et interdépendance, l'évolution historique des rapports de la justice et de la psychiatrie. *Psychiatries*. 2006, n°146. pp. 65-79

RAPPARD, P. Punir et soigner, *Pratiques en santé mentale*. 2003, n°4. pp. 15-22

ROSSINELLI, G. Relations psychiatrie/justice pour les soins sans consentements, *Perspectives Psy*, n° 1, pp. 31-37

SENON, J-L. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris : PUF, 1998. 128p.

SENON, J-L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité, *Annales Médico-Psychologiques*. 2004, n°162, pp.646-652

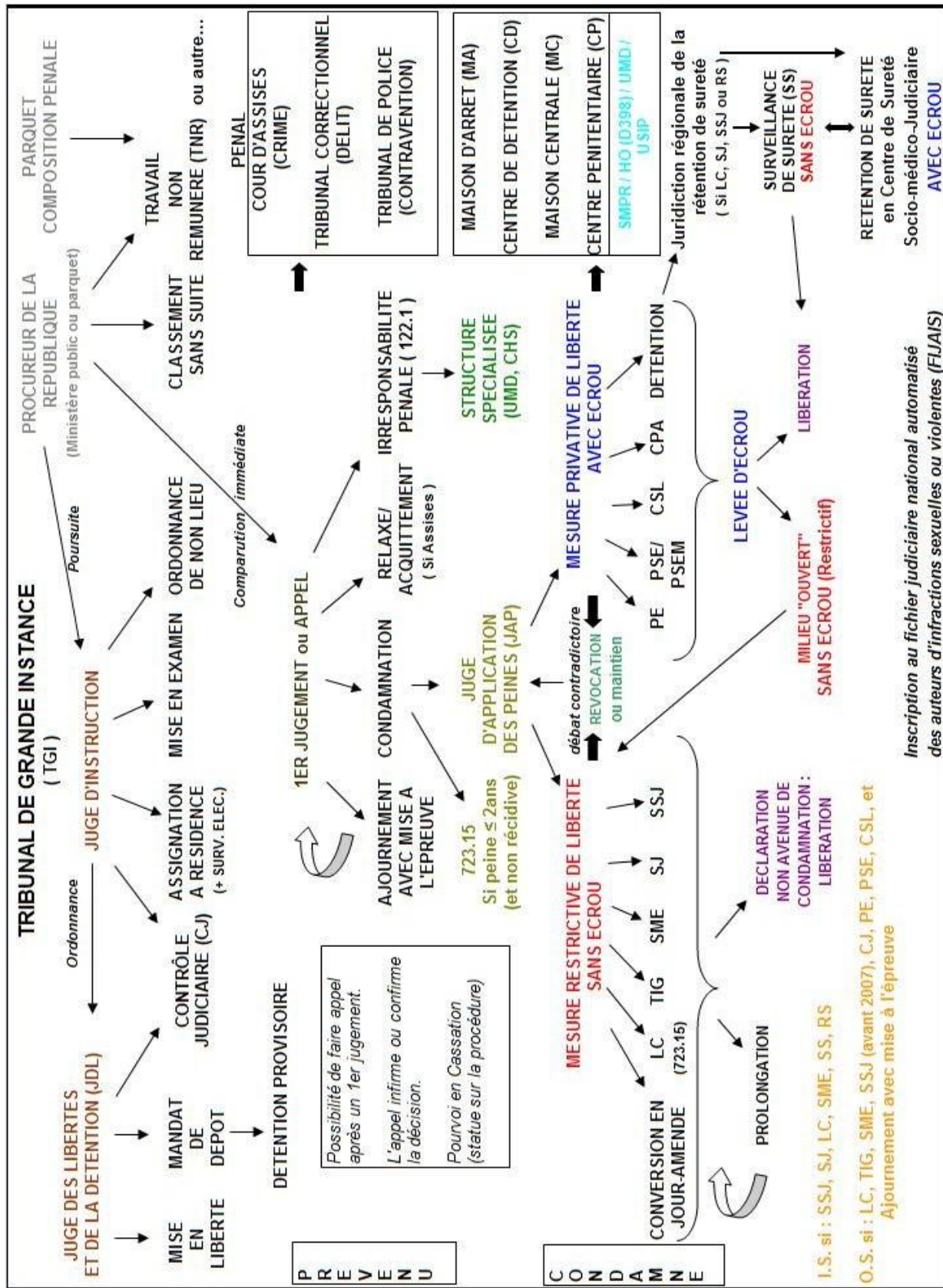
H. Lexique

A.C.P.J. : Antenne de Coordination Psychiatrie/Justice
A.I.C.S. : Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel
A.P. : Administration Pénitentiaire
A.P.J. : Antenne Psychiatrie/Justice
A.R.T.A.A.S. : Association de Recherche et de Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles
A.V.S. : Auteurs de Violences Sexuelles
C.C.A.A. : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
C.D. : Centre de Détention
C.D.S.M. : Conseil Départemental de la Santé Mentale
C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé
C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire
C.I.P. : Conseiller d'Insertion et de Probation
C.J. : Contrôle Judiciaire
C.M.P. : Centre Médico-Psychologique
C.M.P.R. : Centre Médico-Psychologique Régional
C.P. : Centre Pénitentiaire
C.P.A. : Centre pour Peine Aménagée
C.P.A.L. : Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés
C.P.I.P. : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
C.P.N. : Centre Psychothérapique de Nancy
C.P.P. : Code de Procédure Pénale
C.R.I.A.V.S. : Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles
C.R.O. : Centres d'Orientation Régionaux (1936)
C.S.A.P.A. : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
C.S.L. : Centre de Semi-Liberté
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.T.P. : Equivalent Temps Plein
F.I.J.A.I.S. : Fichier Informatique Judiciaire Auteurs d'Infractions Sexuelles (ou violentes)
H.O. : Hospitalisation d'Office
I.D.E. : Infirmier Diplômé d'Etat
I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sociales et sanitaires, Ministère de la Santé
I.G.S.J. : Inspection Générale des Services Judiciaires
I.S. : Injonction de Soins
I.S.P. : Infirmier de Secteur Psychiatrique
J.A.P. : Juge d'Application des Peines
J.D.L. : Juge Des Libertés
L.C. : Liberté Conditionnelle
M.A. : Maison d'Arrêt
M.C. : Maison Centrale
O.S. : Obligation de Soins
P.E. : Placement Extérieur
P.P.S.M.J. : Personne Placée Sous Main de Justice
P.S.E. : Placement sous Surveillance Electronique
P.S.E.M. : Placement sous Surveillance Electronique Mobile
Q.I.C.P.A.A.S. : Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles

R.S. : Rétenion de Sureté
S.J. : Surveillance Judiciaire
S.M.E. : Sursis avec Mise à l'Epreuve
S.M.P.R. : Service Médico-Psychologique Régional
S.P.I.P. : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
S.S. : Surveillance de Sureté
S.S.J. : Suivi Socio-Judiciaire
T.A.T. : Thématic Apperception Test
T.G.I. : Tribunal de Grande Instance
T.I.G. : Travail d'Intérêt Général
T.N.R. : Travail Non Rémunéré
T.P.E. : Tribunal Pour Enfant
T.S.O. : Traitement de Substitution aux Opiacés
U.C.S.A. : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
U.F.A.T.T. : Unité Fonctionnelle d'Aide et de Traitement des Toxicomanes
U.F.P.P.P. : Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Pénitentiaire et Probatoire
U.H.S.A. : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
U.H.S.I. : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
U.M.D. : Unité pour Malades Difficiles
U.S.I.P. : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques

Annexes

Annexe 1 : Schéma Articulation de la Justice Française au Pénal :



Annexe 2 : Tableau synthétique du suivi socio judiciaire :

Nature de la mesure
Suivi socio-judiciaire : Automaticité de l'injonction de soins depuis la loi du 10 août 2007 sauf décision contraire du juge de l'application des peines et à condition qu'une expertise établisse que le condamné est apte à suivre un traitement. Si délit , le SSJ est prononcé soit : <ul style="list-style-type: none">- à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté ou d'amende (sursis simple possible, mais pas le SME) ;- à titre de peine principale. Si crime , le SSJ est prononcé à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté (sursis simple possible, mais pas le SME).
Autorités judiciaires compétentes :
<ul style="list-style-type: none">- Tribunal correctionnel ou chambre des appels correctionnels de la cour d'appel (pour les délits).- Cour d'assises (pour les crimes).
Instances chargées de la mise en œuvre de la mesure :
<ul style="list-style-type: none">- Juge de l'application des peines qui contrôle et décide de sanctionner les manquements du condamné.- SPIP ou toute personne qualifiée sur saisine du juge de l'application des peines.- Médecin coordonnateur.- Médecin traitant ou psychologue traitant.

Annexe 3 : Tableau comparatif entre Obligation et Injonction de Soins :

<u>Obligation de soins (OS)</u>	<u>Injonction de soins (IS)</u>
<p>Cadre légal</p> <ul style="list-style-type: none">- Contrôle judiciaire (CJ)- Ajournement avec mise à l'épreuve- Sursis avec mise à l'épreuve (SME)- Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général (TIG)- Mesures d'aménagement de peine.	<p>Cadre légal</p> <p>La loi du 10 août 2007 a posé le principe de l'injonction de soins, sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement.</p> <p>Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Suivi socio-judiciaire (SSJ) ;- Surveillance judiciaire (SJ) ;- Libération conditionnelle (LC) ;- Sursis avec mise à l'épreuve (SME) ;- Surveillance de sûreté (SR) ;- Rétenion de sûreté (RS).
<p>Modalités</p> <ul style="list-style-type: none">- L'expertise préalable <u>n'est pas nécessaire</u> pour l'ordonner ou la supprimer.- Elle peut être <u>ajoutée ou supprimée</u> par ordonnance du juge de l'application des peines <u>à tout moment de la mise en œuvre de la mesure.</u>- Le dispositif repose sur la <u>production d'un justificatif de suivi par l'intéressé</u> ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain.	<p>Modalités</p> <ul style="list-style-type: none">- L'expertise médicale préalable <u>est nécessaire</u> pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire.- Elle peut être <u>ajoutée à tout moment de la peine</u> par le juge de l'application des peines.- Le <u>médecin coordonnateur</u> sert d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines.

Annexe 4 : Rôle et missions du médecin coordonnateur dans l'injonction de soins.

Le médecin coordonnateur est situé à l'interface de la santé (médecin ou psychologue traitant) et de la justice (juge de l'application des peines ou référent du SPIP).

Il garantit le cadre thérapeutique et le respect du secret professionnel par le médecin traitant et le psychologue traitant, il évalue l'évolution du sujet tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique et il conseille le médecin traitant ou le psychologue traitant si ceux-ci lui en font la demande.

Les missions du médecin coordonnateur :

- Le médecin coordonnateur convoque la personne soumise à l'injonction de soins pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure et précise la nature des interventions complémentaires du médecin traitant ou du psychologue traitant, du médecin coordonnateur et des acteurs judiciaires. Dans la mesure du possible, cet entretien a lieu avant la libération d'un condamné détenu mais, lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, la convocation de cette personne par le médecin coordonnateur doit intervenir avant sa libération ou la cessation de sa rétention de sûreté.
- Le médecin coordonnateur fait une évaluation clinique précise du fonctionnement psychique et de la psychopathologie de l'intéressé qu'il met en continuité avec le contenu des expertises antérieures afin d'établir une évaluation longitudinale de l'évolution de la personne depuis son passage à l'acte.
- Il invite la personne à faire le choix d'un médecin traitant ou/et d'un psychologue traitant. Dans le cas où la personne suivie est mineure, le choix du praticien traitant est fait dans les mêmes conditions par l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille. Dans le cas où la personne condamnée est un majeur protégé, le choix du médecin traitant est effectué dans les mêmes conditions par l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles.
- Le médecin coordonnateur peut refuser d'avaliser le choix d'un médecin ou d'un psychologue traitant par la personne condamnée dans la mesure où le médecin traitant ou le psychologue traitant ne sont pas, à son sens, en mesure de conduire la prise en charge de cette personne.
- Le médecin coordonnateur facilite l'accès au médecin traitant ou au psychologue traitant par la connaissance qu'il doit avoir du réseau de ces professionnels à proximité du domicile de l'intéressé. En cas de problème, il peut en référer au centre ressource et d'information pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles de la région.
- Il informe la personne sous injonction de soins que la première visite auprès du médecin traitant, si celui-ci exerce en privé, doit se faire sur prescription du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale sous peine de s'exposer à un remboursement minoré de la prise en charge des soins par l'assurance-maladie.

Annexe 4 : Rôle et missions du médecin coordonnateur dans l'injonction de soins (suite) :

- Il informe le médecin et/ou le psychologue traitant pressenti du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction de soins et s'assure de son accord pour prendre en charge la personne et ceci par écrit dans un délai de 15 jours à compter de la formalité d'information. À défaut de réponse dans le délai de 15 jours ou en cas de refus du médecin traitant ou du psychologue traitant, le médecin coordonnateur invite la personne soumise à l'injonction de soins à choisir un autre médecin traitant ou un autre psychologue traitant.
- La désignation du médecin traitant et/ou du psychologue traitant intervient dans la mesure du possible avant la libération d'un condamné détenu. Toutefois, lorsque la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, cette désignation doit intervenir avant la libération de l'intéressé ou avant la cessation de sa rétention de sûreté.
- Le médecin coordonnateur informe le médecin traitant et/ou le psychologue traitant qu'il peut leur faire parvenir, à leur demande, les pièces du dossier et notamment les expertises et le jugement.
- Si aucun médecin traitant n'a pu être choisi, le médecin coordonnateur en informe le juge de l'application des peines.
- Si la personne suivie souhaite changer de médecin traitant ou de psychologue traitant au cours de l'exécution de la mesure, le médecin coordonnateur doit en informer le médecin traitant ou le psychologue traitant initialement désigné, informer le juge de l'application des peines et reprendre avec le nouveau médecin traitant ou psychologue traitant, les mêmes formalités décrites ci-dessus.
- Lorsque le médecin traitant ou le psychologue traitant décide d'interrompre le suivi d'une personne condamnée, ils en informent le médecin coordonnateur par lettre recommandée et ils retournent au médecin coordonnateur les pièces de procédure qui leur ont été transmises.
- **Le médecin coordonnateur doit convoquer la personne condamnée au moins une fois par trimestre afin de réaliser un bilan de sa situation et d'être en mesure de transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.**
- Lorsque l'injonction de soins arrive à son terme, le médecin coordonnateur doit informer l'intéressé de la possibilité de poursuivre le traitement entrepris en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire.

Pour plus d'informations, consultez le Guide de l'injonction de soins :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf