

**« *Suivi socio-judiciaire : stratégies, mises en œuvre et moyens* », ARTAAS, cycle formation, 24-25/03/2005, Rennes.**

Inventaire de l'offre de soin existant dans notre région et échanges cliniques sur les pratiques, les différentes approches et leur évaluation.  
A.Monnier, psychologue, SMPR Nantes

L'intitulé est large. Mon propos se centre dans un premier temps sur ce qui se fait, ou devrais-je peut-être dire, sur ce qui ne se fait pas ou ne peut pas se faire au Centre Médico-Psychologique intersectoriel Beaumanoir, où le personnel soignant du SMPR exerce. Les psychiatres et les psychologues y ont un temps institutionnel défini alors que les infirmiers y interviennent plus ponctuellement. Différentes formes de prise en charge sont donc possibles...

Le plus souvent, les personnes rencontrées au CMP sont celles qui souhaitent poursuivre leur travail thérapeutique entamé en détention à leur demande. Leur démarche est inscrite ou non dans un cadre judiciaire, habituellement celui de l'obligation de soins, que ce soit après une peine ferme d'emprisonnement ou dans le cadre d'aménagement de peine type libération conditionnelle, semi-liberté. Nous avons convenu au sein de l'équipe d'un temps institutionnel d'échanges cliniques autour des prises en charge au CMP, temps indispensable à mon sens surtout dans la clinique des auteurs d'agression sexuelle.

Après cette brève présentation, il n'y est toujours pas question proprement dit de suivi socio-judiciaire avec injonctions de soins (loi de 1998) alors que c'est la thématique de ce cycle de formation.

Je pourrai me réjouir d'avoir à dresser l'inventaire car, stricto sensu, il est on ne peut plus succinct. Mais point de réjouissance ici car la situation est plutôt préoccupante...

Dans notre équipe, nous sommes sensibles à la permanence du cadre auprès de tels sujets, au travail de liaison, à la continuité des soins à l'extérieur (continuité qui est plus celle de la disponibilité du système soignant et non la permanence d'une modalité), au travail de relais, de réseau et de partenariat. Alors, bien évidemment, nous ne sommes pas sans interrogations !

Très rapidement, aucune prise en charge dans le cadre de l'injonction de soins n'est effectuée par les psychiatres du SMPR intervenant au CMP ni par les psychologues. Mes collègues psychiatres du SMPR me faisaient état qu'ils ne savaient pas ce qu'il en était exactement de l'état des lieux des prises en charges dans un tel cadre par leurs confrères de secteurs. Ceci témoigne, on peut le penser, d'un certain isolement existant déjà dans la pratique « classique » en CMP, ce qui n'est pas toujours approprié dans la clinique de certains auteurs d'agression sexuelle. Se pose alors la question de la part du lien institutionnel. Quelques prises de contacts ont été effectuées par des psychiatres de secteur demandant un éclairage quant à la loi de 1998 ou des éléments cliniques (concernant des détenus hospitalisés au SMPR). Il n'y a pas de rejet massif pour autant, mais pas d'empressement non plus !

Quant aux psychologues, il apparaît plus justifié qu'ils n'y soient pas impliqués en référence au texte de loi n'évoquant que le « *médecin traitant* ». De là, un psychologue, en exercice libéral, qui accepte de prendre en charge un justiciable en injonction de soin dans le cadre du suivi socio-judiciaire se trouve hors la loi (même s'il a l'accord du juge de l'application des peines). Il ne l'est pas quand il exerce dans un cadre public (régé par le livre 9 du Code de la Santé Public) puisqu'il agit sous couvert d'une responsabilité médicale. Il se trouve alors dans la situation d'une délégation par « le médecin traitant » du droit d'exercer un acte psychothérapique auprès d'auteurs d'infractions sexuelles, le plaçant donc en conformité avec la loi. Mais ce n'est pas pour autant sans soulever de nombreuses questions : - sur l'identité professionnelle des psychologues, - sur la pratique psychothérapique... mais cela relève d'une autre analyse<sup>1</sup>.

Il apparaît donc l'exigence de la mise en place d'un cadre juridique cohérent. De là, le psychologue pourra instaurer un cadre de soin nécessairement solide pour assurer le suivi thérapeutique d'un individu, dont la relation à l'autre est empreint de mécanismes pervers. Un avenant reconnaissant la place et le travail des psychologues faciliterait bien notre tâche<sup>2</sup>. Ce n'est pas pour autant que les psychologues se défilent du sujet comme le fait remarquer JL Viau<sup>3</sup>. Il précise en effet qu'un groupe commun à la DGS (santé) et à la DACG (justice), composé de nombreux psychologues, se poursuit actuellement afin de mettre en place la loi du 17 juin 1998 qui rencontre de nombreuses difficultés d'application.

Récemment, lors d'une réunion de collège des psychologues du CHU de Nantes, O. Verschoot et moi-même sommes intervenus autour des notions

<sup>1</sup> CIAVALDINI A., « Pour une légitimité des prises en charge des agresseurs sexuels » in Le journal des psychologues, n°193, déc.2001/Janv.2002.

<sup>2</sup> VERSCHOOT O., « A propos de « justice, criminalité, psychiatrie » » in Le journal des psychologues, n°224, fév.2005.

<sup>3</sup> VIAU J-L., « Justice et soins obligés : les psychologues sont là ! » in Le journal des psychologues, n° 224, fév.2005.

d'incitation, d'obligation et d'injonction de soin, à la demande d'une collègue qui faisait part de certains questionnements. Etant sensible à la question de réseau, de travail de relais possible, à l'échange et à la réflexion avec nos collègues et riche de notre expérience clinique, nous avons accepté avec un certain dynamisme... qui s'est trouvé, je dirai, vite freiné !

En effet, il nous a été particulièrement difficile de sensibiliser nos collègues aux difficultés rencontrées dans le suivi psychothérapique des auteurs de violences sexuelles, au cadre légal et même à la psychopathologie de ces sujets. Nous avons été confrontés à des réticences, voire même des refus catégoriques, de s'inscrire dans un tel dispositif. Le constat actuel est limpide : il y a une difficulté majeure à développer le travail de réseau, de relais au niveau des psychologues à Nantes et d'entrevoir une possibilité de prise en charge face à une première démarche d'un auteur d'agression sexuelle (s'inscrivant dans un contexte d'obligation de soin au sens large) vers un psychologue de secteur. Ce n'est pas pour autant qu'il faut se démobiliser. Au contraire, il est essentiel de continuer à sensibiliser et à informer nos collègues !

Bien évidemment, rien de neuf ! Nous connaissons depuis longtemps les controverses suscitées par les mesures d'obligation de soins. Nous avons tous entendus ici ou là le manque de conviction de la part des praticiens pour s'investir dans un tel cadre dont la contradiction leur paraît évidente. Comment soigner une personne qui vient par contrainte ? Comment est-ce possible d'engager un travail clinique en l'absence d'une demande authentique du sujet, qui apparaît davantage obéir à un besoin social que répondre à un désir individuel ? L'autre argument souvent mis en avant est celui de l'attribution quasi systématique et exclusive de l'étiquette pervers face à de tels sujets avec en conséquence l'impossibilité d'un travail thérapeutique en raison de son incurabilité. Nous ne mésestimons pas pour autant le caractère utilitaire de la démarche de nombreux agresseurs sexuels dits pervers et nous rejoignons nos collègues qui refusent de participer au difficile suivi psychologique dans le cadre de mesures d'obligation de soin lorsqu'elles se situent dans une perversion de l'échange. En tout état de cause, indiquer avec qui l'articulation peut être établie n'est pas aisé.

Plus la demande est personnelle, plus il est facile d'instaurer le travail thérapeutique, encore que ! Et plus elle vient de l'extérieur, plus c'est difficile, mais cela ne veut pas dire que ce soit impossible. Par exemple, certains auteurs d'agression sexuelle viennent voir le psychologue pour se conformer ou apparemment se conformer, puis tantôt le travail thérapeutique s'installe, tantôt il n'y a pas de suite... mais ce n'est pas fermé pour autant !

***« Cependant, s'il est généralement admis que la légitimité et l'efficacité du soin dépendent de la motivation du sujet, l'évaluation préalable à celle-ci ne doit pas déboucher sur un choix binaire : indication ou contre-indication de la prise en charge. La non-demande ou le refus du suivi peut avoir des***

***causes diverses dont l'approche, l'explicitation et la neutralisation nécessitent des entretiens qu'il importe de proposer (...) Ainsi une faible motivation pour la psychothérapie peut être liée à la pleine conscience du sujet de ses propres difficultés de verbalisation (...) »*** précise E. Archer<sup>4</sup>.

La demande spontanée est rare, comme le dit C. Balier « ***attendre d'emblée la demande est une hérésie*** ». Il importe que quelques entretiens soient proposés, parfois nécessaires pour travailler sur la forme de relation qui s'engage, pour créer cette alliance avant d'aborder le fond. Il est tout aussi essentiel d'avoir en tête les difficultés que sont de prendre rendez-vous, de consulter à l'extérieur, de franchir les portes du CMP, de se confronter aux autres, à l'autre... Il est important de susciter chez chaque sujet un intérêt pour son « fonctionnement psychique », de l'accompagner vers une prise de conscience de ses difficultés, vers une meilleure compréhension de lui-même. Tout aussi essentiel est de faire émerger une demande personnelle, aussi minime soit-elle, en sachant la saisir, derrière des fortes réticences ou des attitudes d'opposition. Il est opportun de rappeler combien « ***toute situation avec un nouveau patient est unique au delà des schémas théoriques*** ».<sup>5</sup>

L'obligation de soin qui leur est faite peut constituer un cadre sécurisant, contenant, parce que ces sujets ne se trouvent pas contraints de se prononcer sur une demande personnelle de soins, c'est-à-dire d'apporter eux-mêmes leur demande, de s'engager dans leur rencontre avec l'autre. Ils peuvent se servir, s'appuyer littéralement sur cette obligation pour entrer en relation :

***« Après les premiers entretiens déterminants pour la place de patient assignée à l'agresseur, la suite à donner varie en fonction des possibilités et des techniques des thérapeutes et du mode d'organisation mentale du sujet » (...)*** « ***Mais dans tous les cas, le maintien d'une obligation de soins sert de rappel nécessaire de la réalité*** »<sup>6</sup> précise C. Balier. Ceci implique aussi que chaque thérapeute soit capable de se situer, de réfléchir sur ses pratiques et d'échanger au sein d'une équipe soignante ou avec d'autres confrères. En effet, le thérapeute peut se trouver secoué entre différents affects, différents actes pouvant se trouver eux-mêmes contradictoires et dont il ne comprendra pas l'origine. Aussi je rejoins les propos d'E. Archer lorsqu'il indique : « ***en face des auteurs d'agressions sexuelles ; de nombreux thérapeutes persuadés de manquer de connaissances spécifiques, éprouvent des difficultés qu'une formation adaptée peut aplanir, mais l'apport du savoir théorique et des***

---

<sup>4</sup> ARCHER E., « Comment concevoir l'évolution d'une relation thérapeutique pendant et après la détention ? », Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus, FFP, 22 et 23 nov.2001.

<sup>5</sup> DE MIJOLLA A., « le conflit thérapeutique et la neutralité », psychothérapies psychanalytiques, monographie de la RFP, 1998.

<sup>6</sup> BALIER C., « A propos des agresseurs sexuels : l'obligation de soins comme nécessité clinique », Perspectives Psy, vol 38, N°2, avril-mai 1999.

*compétences techniques ne répond pas à la question du contre-transfert et à celle de la position personnelle du thérapeute face à l'autre et à la loi ».*<sup>7</sup>

Pour les thérapeutes, il s'agit réellement d'apprendre à travailler dans le cadre de cette injonction thérapeutique, d'apprendre à s'étayer sur elle, c'est-à-dire à en faire un élément des soins psychiques. *« Il reviendra en effet aux thérapeutes acceptant de travailler avec des sujets soumis à une obligation de soins de percevoir que l'obligation ne leur est aucunement destinée, qu'ils n'en sont pas les destinataires, ni même les agents. C'est de leur plein gré qu'ils accepteront, non un travail dans ce cadre, mais d'intégrer dans leur cadre de travail mental et leur setting technique cette nouvelle dimension »*<sup>8</sup> (...) *« cette loi, quelle qu'en soit la dimension sécuritaire, doit être pensée comme rendant possible un soin pour des sujets qui, jusqu'à un jour, encore récent étant réputés, pour le plus grand nombre, inaccessibles aux soins psychiques. Elle rend possible, pour le pédophile, la rencontre sur un temps suffisamment long ; d'un espace d'élaboration psychique autre, une possibilité de créer trouver des outils de pensées. Il s'agira d'expliquer que l'obligation permet au sujet un accès à un soin psychique dont il reviendra au thérapeute de l'inscrire en décalage avec le champ judiciaire »*<sup>9</sup> Par exemple, la fin du temps judiciaire ne fixe pas le travail thérapeutique.

*« Il est clair que pour tout le monde que de telles dispositions vont susciter des demandes de soins qui ne seront jamais dénuées d'arrière pensées, ni de calculs... c'est pourtant à celles-là qu'il nous faudra répondre dans un premier temps, quitte à préciser ensuite avec le délinquant la réalité de sa demande »*<sup>10</sup> indique G.DUBRET. Mais nous devons être vigilants quant au glissement « psy = rééducateur ou auxiliaire de Justice ».

C'est avec cette réalité de départ (celle d'un sujet mis dans un contexte de contrainte ne peut qu'exceptionnellement être demandeur d'un soin) qu'il va falloir composer sans pour autant s'y laisser réduire. En effet, il faudra bien qu'à un moment donné le thérapeute accompagne le sujet vers une position qui soit plus de l'ordre d'une adhésion que d'un simple consentement, s'il veut que se mette en place un cadre de soins authentique où s'organise autre chose qu'une illusion de traitement.

Certains n'ont jamais demandé de soins à des « psys » avant d'y être obligés par la justice. Ils arrivent en consultation comme convoqués à cette adresse soignante, sans se reconnaître comme des individus en souffrance.

<sup>7</sup> ARCHER E., « Comment concevoir l'évolution d'une relation thérapeutique pendant et après la détention ? », op. cit.

<sup>8</sup> CIAVALDINI A., « Prise en charge du pédophile en milieu ouvert » in Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Paris, Masson, 2000.

<sup>9</sup> Id. ibid., p.155

<sup>10</sup> DUBRET G. « Obligation et continuité de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles : modalités d'accès aux soins, difficulté du suivi ambulatoire » in L'information psychiatrique, n°5, mai 2001.

Beaucoup de mécanismes de défenses psychiques bien connus sont à l'œuvre. Ils peuvent se sentir jugés à nouveau, s'embarquant alors dans des justifications ou refusant de revenir au prochain entretien car « la dette a été payée » ou « le tour de la question a déjà été effectué ». D'autre part, nombreux sont ceux qui ont commencé un suivi psychothérapique en milieu carcéral soit à leur demande soit suite à l'incitation aux soins faite par le J.A.P (préconisé par la loi de 1998) ou d'autres (avocats, personnel SPIP par exemple).

Différents cas de figure peuvent se présenter au sens où certains vont faire la démarche d'eux-mêmes et poser une demande de suivi psychothérapique (je le constate quand certains me demandent si je peux continuer à les recevoir à leur sortie de prison, que ce soit dans le cadre d'une obligation de soins ou non, quand d'autres demandent des adresses de CMP, de psychiatres ou de psychologues libéraux). Certains acceptent la proposition d'entreprendre un suivi psychothérapique, d'autres refusent soit parce qu'ils nient les faits, donc le suivi « psy » leur apparaît sans objet, soit les reconnaissant mais assurent qu'ils ne recommenceront plus, donc n'en voient pas l'intérêt.

Le soin suppose un sujet souffrant, suffisamment conscient de cette souffrance pour pouvoir adresser une demande. Certes, mais il y a un travail non négligeable et primordial, celui justement de proposer un certain nombre d'entretiens pour justement éveiller, faire émerger cette demande chemin faisant. Cela est éprouvant : nous connaissons tous ces entretiens qui semblent tourner à vide, où il ne se passe rien, la répétition du tout va bien donnant l'impression que les contenus de pensée n'ont pas de schémas de liaison, qu'il y a une difficulté d'associer...

Restons modestes, prenons le temps, laissons le temps psychique œuvrer... Historicisation d'un parcours pourrai-je dire...

Les premiers entretiens permettent, dans toutes leurs dynamiques, ce temps d'écoute de leur histoire, ce temps constructif, espace à rêver que vide à combler car amenant à s'interroger. Nous pouvons amener ces sujets à repérer leur souffrance, à déposer dans un espace approprié, tel que le cadre thérapeutique, une parole signifiante. Il s'agit de tenir compte fermement des conditions de venue du sujet d'un côté (nommer l'obligation...) et de l'autre l'objectif d'offrir une écoute qui ouvre sur une vie interne. Nous pourrions alors tenter d'amorcer un travail thérapeutique, une possibilité parfois jamais rencontrée jusque là, parfois inattendue pour le sujet ; c'est l'effet de surprise comme « *Je ne pensais pas que j'allais vous dire tout ça* ».

C'est donc un espace à construire qui devra faire pour le sujet l'objet d'une appropriation :

**« L'injonction met un tiers réel entre les deux protagonistes. Toute la question est de savoir si, à partir de certains réaménagements de départ, une transformation de cette situation est envisageable pour que le sujet se reconnaisse comme être souffrant pouvant trouver bénéfique à découvrir un espace de parole ».**<sup>11</sup>

Cet espace à construire passe inévitablement par l'instauration de la confidentialité, condition faisant partie intégrante du cadre pouvant être un préalable à l'émergence de cette demande. Confidentialité où petit à petit la souffrance déniée et masquée pourra se montrer, avant de se parler, sans que cela soit menaçant pour l'intégrité psychique du patient. L'importance de la régularité des séances est à mettre en avant. Elle est le reflet d'un certain engagement de la personne dans son suivi et de la consolidation du lien entre le sujet et le thérapeute. Cette prise en charge s'inscrit dans son histoire comme une période de sa vie et non comme un événement impromptu :

**« La constitution d'un lien, c'est l'impact thérapeutique, l'investissement dans la relation, le thérapeute. Celui-ci quand il est présent c'est la validation d'un bon travail. Et le bon investissement du processus de soins lui-même »**<sup>12</sup> précise A.Ciavaldini.

Nous nous apercevons donc que les parcours de nos patients, leurs personnalités nous amènent à tenter de négocier, à tenter d'instaurer une relation thérapeutique, à construire un lien continu mis en avant dans nos pratiques mais souvent mal supporté par eux...

Afin d'ouvrir la discussion, je vous propose quelques interrogations :

D'un point de vue juridique, un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins prononcé au tribunal par exemple peut-il se trouver modifié, remplacé par une obligation de soins ?

Sur le plan clinique, il est préconisé avec certains sujets auteurs d'agressions sexuelle, dans leur prise en charge thérapeutique, ce que l'on nomme « un double suivi » ; cette modalité peut-elle perdurer à l'extérieur dans le cadre d'une injonction de soins ?

Enfin, de quelle manière et sous quelle forme est indiquée à la personne, par le JAP ou le personnel SPIP, qu'elle doit entreprendre des soins ?

---

<sup>11</sup> COHEN S. , « Face à l'injonction de soins : le problème de l'engagement du travail psychothérapeutique » in Violences sexuelles : Le soin sous contrôle judiciaire (sous la dir. A.Ciavaldini), Paris, In press editions, 2003.

<sup>12</sup> CIAVALDINI A., op. cit.

## BIBLIOGRAPHIE

ARCHER E., « Comment concevoir l'évolution d'une relation thérapeutique pendant et après la détention ? », Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus, FFP, 22 et 23 nov.2001.

BALIER C., « A propos des agresseurs sexuels : l'obligation de soins comme nécessité clinique », Perspectives Psy, vol 38, N°2, avril-mai 1999.

CIAVALDINI A., « Prise en charge du pédophile en milieu ouvert » in Agresions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Paris, Masson, 2000.

CIAVALDINI A., « Pour une légitimité des prises en charge des agresseurs sexuels » in Le journal des psychologues, n°193, déc.2001/Janv.2002

COHEN S. , « Face à l'injonction de soins : le problème de l'engagement du travail psychothérapique » in Violences sexuelles : Le soin sous contrôle judiciaire (sous la dir. A.Ciavaldini), Paris, In press editions, 2003.

DE MIJOLLA A., « le conflit thérapeutique et la neutralité », psychothérapies psychanalytiques, monographie de la RFP, 1998.

DUBRET G. « Obligation et continuité de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles : modalités d'accès aux soins, difficulté du suivi ambulatoire » in L'information psychiatrique, n°5, mai 2001.

VIAU J-L, « Justice et soins obligés : les psychologues sont là ! » in Le journal des psychologues, n°224, fév.2005.

VERSCHOOT O., « A propos de « justice, criminalité, psychiatrie » » in Le journal des psychologues, n°224, fév.2005.