



TEPSIS PAPERS

Mai 2016

Sébastien Saetta

LA MÉDICALISATION DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL

*ETHNOGRAPHIE D'UN ÉTABLISSEMENT ET D'UNE UNITÉ
DE SOINS SPÉCIALISÉS EN FRANCE*

Le développement d'un dispositif médico-judiciaire visant à soigner les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) constitue un cas emblématique de médicalisation, définie comme le processus par lequel des problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme des problèmes médicaux. Ce dispositif, combinant peine et soin, a été mis en place en France à la fin des années 1990 en vue de prévenir et réprimer plus efficacement les violences sexuelles, et de lutter contre la récurrence des AICS. Il a donné lieu à la création de l'injonction de soin (ordonnée à la place ou la suite d'une peine d'emprisonnement ferme), mais s'est également déployé au sein des établissements pénitentiaires sous la forme d'une « incitation aux soins » dans la mesure où aucune forme de contrainte aux soins ne peut être exercée dans l'enceinte de la prison (1).

Sébastien Saetta

Postdoctorant Cermes 3 (CNRS, Inserm, EHESS, Université Paris-Descartes)

Mots-clés Médicalisation Incitation aux soins Mesure quasi-forcée Consentement



Laboratoire d'Excellence
tepsis
Transformation de l'Etat
politisation des sociétés
institution du social

L'ECOLE
DES HAUTES
ETUDES
SCIENTES
SOCIALES

Le droit fait ainsi du traitement à l'encontre des AICS incarcérés une « possibilité » ne pouvant en aucun être leur être imposée.

Fortement pressés et enjoins par le corps social d'amener cette catégorie de détenus à se soigner et d'empêcher leur récurrence, les acteurs impliqués dans la prise en charge de cette catégorie d'infractions butent ainsi sur le fait que la prison ne peut pas être un espace de contrainte aux soins et que tout acte médical nécessite le consentement de l'intéressé. Le problème est d'autant plus épineux pour eux que les AICS n'apparaissent pas demandeurs de soins. Comment les amener alors à se soigner ? Autrement dit, comment concilier protection de la société d'un côté, et protection des libertés et des droits individuels de l'autre ?

Dans le présent article, qui porte sur le déploiement de ce dispositif médico-judiciaire et ce processus de médicalisation, une attention particulière sera portée aux stratégies déployées et mobilisées par les acteurs de ce dispositif pour résoudre ce problème et faire en sorte que les AICS entament une thérapie. Ce travail s'adosse à une analyse de la littérature médicale et des textes législatifs sur l'incitation aux soins, ainsi que sur des observations et entretiens réalisés au sein de l'un des vingt-deux établissements pénitentiaires spécialisés dans la prise en charge de cette catégorie d'infractions. La recherche s'est particulièrement déployée au sein de l'une des unités de soins de l'établissement, elle-aussi spécialisée dans la prise en charge de cette catégorie d'infractions (2).

La spécialisation des établissements, des unités et des professionnels

Une première façon de s'assurer que les AICS entameront des soins consiste à leur consacrer une attention particulière et à les regrouper au sein d'institutions et de structures spécialisées. C'est ainsi que la circulaire du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé énonce la nécessité de renforcer et structurer l'offre de soins en leur direction, et introduit la notion d'établissements spécialisés. Cette spécialisation s'est concrétisée en 2009 par la création d'une liste de vingt-deux établissements labélisés et par l'octroi d'un complément de dotation

(1) Contraindre une personne détenue, en décidant, par exemple, de l'hospitaliser sous le régime des soins sans consentement, ne peut se faire que dans le cadre d'une hospitalisation décidée par un médecin, et par une procédure d'extraction vers un établissement sanitaire.

(2) Recherche réalisée dans le cadre du programme de recherche CONTRAST, financée par l'Agence Nationale de la Recherche.

de 185.000 euros accordé aux régions accueillant ce type d'établissements. Les établissements de santé intervenant en leur sein reçoivent de la part de l'Agence Régionale de Santé une dotation supplémentaire en vue de renforcer les unités de psychiatrie, de créer des équipes mobiles ou de mettre en place toute forme d'organisation appropriée à la situation régionale.

L'établissement au sein duquel s'est déployée la recherche constitue l'un de ces vingt-deux établissements et accueillait au moment de la recherche 80 % d'AICS. Il s'agit d'un centre de détention, c'est-à-dire d'un établissement accueillant des personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans et présentant de bonnes perspectives de réinsertion sociale. L'établissement de santé intervenant en son sein a fait le choix, en 2012, de créer une unité de soins spécifiquement consacrée à la prise en charge de ce public. Cette unité, aux côtés d'une unité de soins somatiques et d'une unité de soins psychiatriques, constitue l'une des trois unités de soins de l'établissement. Elle dispose de ses propres locaux, et est composée d'une équipe comprenant une secrétaire, un surveillant, trois psychologues, un infirmier et un médecin.

Cette spécialisation consiste également en une spécialisation des professionnels, et s'est notamment matérialisée par la création de l'ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles) en 1995 ainsi que des CRIAVS (Centres Ressources auprès des Intervenants de Violences Sexuelles) en 2006. Elle se matérialise également par la production de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques que l'ARTAAS et les CRIAVS diffusent lors de réunions, de conférences ou de formations, notamment universitaires. Les professionnels évoluant au sein de l'unité observée ont bénéficié de ses formations, l'un d'entre eux exerçant par ailleurs au sein du CRIAVS de la région concernée.

Cette spécialisation des établissements, des unités et des professionnels correspond à un premier aspect du processus de médicalisation : l'extension des institutions de santé et du personnel médical et paramédical. L'extension est ici de nature quantitative et qualitative avec l'émergence d'établissements, d'unités de soins et de professionnels tout à la fois supplémentaires et spécialisés. Toutefois, comment faire venir les AICS au sein de cette unité de soins spécifique alors qu'ils ne sont ni formellement obligés ni demandeurs ?

L'institution d'un régime de chantage

Les différents textes législatifs autour de l'incitation aux soins, qui s'adosent aux droits des patients et à la notion de consentement, font donc du traitement une « possibilité ». Toutefois, une lecture plus attentive de ces mêmes textes

permet de remarquer qu'ils stipulent par ailleurs que le fait de suivre ce traitement constitue l'un des critères permettant l'octroi de réductions supplémentaires de la peine et d'une libération conditionnelle (art. 721-1 et 729 du Code de Procédure Pénale). Le détenu peut également être privé de ses crédits de réduction de peine, réductions accordées automatiquement mais pouvant être retirées en cas de « mauvaise conduite » (art. 721 du Code de Procédure Pénale). Il s'agit donc de signifier au détenu que, s'il bénéficie du droit de refuser les soins, il n'a pas vraiment intérêt à le faire. Tout comme dans le cadre de l'injonction de soin, où le condamné est averti du fait que refuser les soins l'expose à une incarcération ou à une réincarcération, le détenu consent au traitement sous la pression. Cela conduit le juriste Patrick Mistretta à parler d'un « illusion de consentement », en réalité obtenu sous l'effet d'une pression que le législateur a su savamment organiser (3). Ces mesures, telles que l'injonction de soin et que l'injonction thérapeutique pour les personnes faisant usage de stupéfiants, sont d'ailleurs qualifiées par le Comité Européen pour les Problèmes Criminels de « mesures quasi-forcées », l'expression témoignant de leur caractère contraignant (4).

Ce régime de chantage s'observe également au niveau des pratiques locales et à l'échelle de l'établissement observé. Les observations et entretiens réalisés ont permis de remarquer que le fait de suivre un traitement constitue un critère dans l'octroi de permissions de sortir ou de privilèges tels que le fait de disposer d'une cellule individuelle et plus spacieuse. L'établissement dispose en effet d'un « quartier de confiance » réservé aux détenus affichant un comportement exemplaire, i.e. n'étant pas impliqués dans des incidents, indemnisant les victimes, qui travaillent ou suivant une formation, et suivant le traitement qui leur a été proposé. Comme l'ensemble des établissements pénitentiaires, le centre de détention observé a mis en place un dispositif de « parcours d'exécution des peines » incitant le détenu à s'investir dans un projet réévalué régulièrement. Le fait de suivre un traitement peut faire partie de ce projet, l'administration pénitentiaire vérifiant l'assiduité et la motivation du détenu.

Des thérapeutes proactifs

La médicalisation des AICS et la spécialisation des professionnels reposent, nous l'avons vu, sur le déploiement de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques. Cette spécialisation est liée à l'émergence d'une clinique du passage à l'acte qui, dans le cas français, repose en grande partie sur les écrits de Claude Balier et de

(3) P. Mistretta, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal. », *Revue internationale de droit pénal*, n°1, Vol. 82, 2011, pp. 19-39.

(4) Rapport du Comité européen pour les problèmes criminels, *Instruments et activités du conseil de l'Europe relatifs aux mesures quasi forcées*, Strasbourg, 2012.

ses collègues. Claude Balier, psychiatre et psychanalyste, a été responsable du Service Médico-Psychologique Régional d'une maison d'arrêt durant une quinzaine d'années. Il a écrit de nombreux rapports, articles et ouvrages dans lesquels il explique notamment que le thérapeute doit adapter sa pratique aux particularités de ce public. Le concept de clivage, qui constitue en psychanalyse un mécanisme de défense, lui permet notamment d'expliquer le fait que les AICS ne sont ni demandeurs ni souffrants, et de justifier une posture davantage active que dans le cadre d'une pratique psychanalytique ordinaire. En se basant également sur une recherche réalisée au milieu des années 1990 auprès de 172 AICS incarcérés, Claude Balier, André Ciavaldini et Martine Girard-Khayat, qui commentent par faire part de 5 à 10 % de demandes spontanées, expliquent toutefois qu'à l'issue de la passation du questionnaire 50% d'entre eux ont énoncé une demande de thérapie et que 60 % d'entre eux ont jugé l'expérience positive. C'est ainsi que le psychologue André Ciavaldini, dans un ouvrage synthétisant les résultats de cette recherche, propose « une ligne de conduite générale avec ce type d'agresseur : il ne s'agit pas d'attendre une demande de soins psychiques, il faut impérativement chercher à la susciter » (5).

À l'échelle de l'unité observée, cette ligne de conduite se matérialise d'abord par la mise en place d'un dispositif de repérage et de convocation systématique et répétée. La secrétaire, chargée de repérer parmi les nouveaux arrivants les AICS, crée pour chacun d'entre eux un dossier médical et les convoque trois semaines après leur arrivée. La distribution des cartons de rendez-vous est effectuée par le surveillant spécifiquement affecté à l'unité qui se rend dans la cellule de chaque AICS afin de lui remettre, en mains propres, le carton de rendez-vous ainsi qu'une brochure de présentation de l'unité. Dans les cas où le détenu n'honore pas ce premier rendez-vous, le thérapeute le convoque à nouveau quelques jours ou semaines après, puis, dans le cas où il n'est pas venu à ce second rendez-vous, un an après. C'est ainsi que l'unité reçoit la grande majorité des AICS de cet établissement.

Toutefois, les entretiens et observations permettent de remarquer que la présence du détenu dans le bureau des thérapeutes ne constitue qu'une première étape. Tandis que des détenus tout à fait conscients des bénéfices qu'ils pourront retirer du fait de venir voir le thérapeute se rendent au rendez-vous par opportunisme, d'autres viennent car ils se sentent obligés ou simplement dans le but d'honorer la convocation. Les thérapeutes sont alors confrontés tant à des détenus silencieux qu'à des détenus enclins, selon eux, davantage au bavardage qu'à véritablement « travailler sur eux-mêmes ». La thérapie consiste alors ensuite à susciter chez ces « réfractaires » un désir de soin et de changement. Les thérapeutes disposent pour cela de leurs propres stratégies, ainsi que d'outils et

(5) A. Ciavaldini, *Psychopathologies des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, coll. « Médecine et psychothérapie », 1999.

de techniques (questionnaires, jeux, groupes de parole, stratégies discursives) visant à ce qu'André Ciavaldini nomme un « forçage de la parole ». Il s'agit précisément de les amener à parler de leurs émotions, et de faire en sorte qu'ils se remettent en question et éprouvent de l'empathie. La thérapie consiste donc moins à rappeler des interdits et à les leur faire intégrer qu'à provoquer chez eux une modification de leur fonctionnement psychique.

Le processus de médicalisation des AICS constitue ainsi un processus impliquant tant la spécialisation des établissements, des unités et des thérapeutes, que l'institution d'un régime de chantage et le déploiement de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques professionnelles. Leur déploiement vise notamment à justifier et mettre en place des soins « quasi-forcés », formellement respectueux du consentement du détenu, mais que ce dernier n'a pas intérêt à refuser.