



SAISINE N° 11

« Comment le soignant peut-il concilier ses valeurs et sa responsabilité dans un contexte de prise en charge d'une personne auteure de violence sexuelle ? »

- Réponse du Comité d'Éthique en date du 20 décembre 2017-

Sommaire

Avant Propos	3
1-Éléments généraux	3
2-Où poser le « curseur » de la rencontre ?	5
3-La posture d'explorateur du soignant	6
4-La sexualité, une représentation (de plus)...tabou	9
5-Pistes de réponses	11
Conclusion	13
Annexes	14
- Annexe 1 Obligation de soins et injonction de soins	14
- Annexe 2 Références du CRIAVS Lorraine	18
- Annexe 3 Intervention de Lino Pereira CRIAVS Lorraine	19
- Annexe 4 La liberté de conscience et la clause de conscience	21
- Annexe 5 Décret Infirmier du 25 novembre 2016	22

Avant Propos

La prise en charge d'un auteur de violences sexuelles dérange, percute, bouscule, chamboule, divise et lance surtout ce défi d'aller à la rencontre de « l'impensable ». Cette rencontre impulsée par le pénal nous oblige à nous repositionner face à notre identité soignante : le malade peut-il être délinquant ? Le délinquant sexuel est-il malade ? Ce défi quotidien du soin semble conférer aux soignants une identité à deux faces, tantôt citoyenne, tantôt professionnelle. La notion d'identité, « caractère fondamental et permanent » d'un individu entrouvre la porte de la connaissance de soi et de la connaissance de l'autre dans un contexte social bardé de ses représentations.

Cette rencontre humaine imposée, unique et spécifique nous propose de saisir, au travers d'éléments généraux, de perspectives non exhaustives que sont la singularité de cette rencontre, la posture « d'explorateur » du soignant et la question symbolique de la sexualité.

1-Éléments généraux :

Comment intégrer le « prendre soin » dans une mission de « sécurité publique » ? Il semble d'emblée important **de différencier A.V.S. (Auteur de Violences sexuelles) en tant que terme pour la psychiatrie, et A.I.C.S. (Auteur d'Infraction à Caractère Sexuel) en tant que terme pour la justice.** Ce dernier terme estampille d'ailleurs que l'agression sexuelle est une sorte d'agression parmi d'autres. Mais alors, de quoi, de qui parle-t-on vraiment, attendu que nous sommes dans le champ de la psychiatrie et non dans celui de la justice ? Les « profils » d' A.V.S. ne sont pas mis sur le même plan psychiatrique : il existe d'importantes différences entre une personne vivant dans un environnement familial sans interdit, une personne ayant participé à

un acte de violence sexuelle en groupe, une personne ayant agressé sexuellement de façon ponctuelle,...

Le questionnement initial de notre saisine a été abordé depuis de nombreuses années dans les différents C.R.I.A.V.S. de France (Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles) et a débouché sur un consensus. **L'esprit de la Loi GUIGOU de 1998, relative aux soins pénalement ordonnés** (concernant à l'origine uniquement les agresseurs sexuels d'enfants), était de donner une chance aux « nouveaux monstres » de réintégrer la société grâce à des soins. Avant cette loi, ces personnes restaient en prison et purgeaient leur peine sans être prises en charge. Peu à peu cette loi de 1998 s'est étendue à d'autres condamnations, d'où un dévoiement de l'esprit de cette loi, et une application différente selon les régions.

Un autre point important souligne que **l'existence d'un délit implique l'existence d'une loi**. En France, il existe une législation très pointue relative à la protection des femmes et des enfants (Exemple : depuis 20 ans, le viol entre époux est reconnu par la loi). D'où de nombreux faits d'agressions sexuelles recevant la qualification de délit. Dans d'autres pays, par exemple dans certains états des États-Unis, les critères de délit sexuel sont encore beaucoup plus sévères qu'en France (Exemple : un professeur de français à l'université fut objet de plaintes car il avait lu devant les étudiants, et les étudiantes... des poèmes d'amour de Ronsard).

Outre la perspective de protéger la société, **il est important de ne pas omettre également la protection de l'agresseur** (Exemple : les agresseurs mineurs).

Dans le cadre des injonctions de soin (voir annexe 1), **le médecin coordonnateur** est le **référént** chargé par la loi de formaliser les modalités de prise en charge. Il est sur la liste du Procureur général, rémunéré par la justice, et susceptible d'une formation préalable de 200 h. Il est garant de la « philosophie du soin ». C'est à lui que revient la responsabilité de trouver le lieu de soin (C.M.P. ou praticien libéral) qu'il avisera par lettre recommandée avec accusé de réception ou officiellement par courriel spécifique. Si ce lieu de soin est un C.M.P., l'acceptation et l'application de la prise en charge sont soumises au médecin-responsable du site. C'est le médecin coordonnateur qui doit faire un rapport de la prise en charge du patient au Procureur, et non l'équipe du C.M.P.

Raisonnement, la condamnation est le travail de la justice, la psychothérapie est le travail du soignant. Ce modèle implique au soignant de coopérer et non pas « collaborer » avec la justice pour lui éviter le risque de devenir « le persécuteur » de la prise en charge. La rencontre soignant-soigné-sécurité peut-elle alors simplement se décrire comme une situation humaine singulière ?

2-Où poser le « curseur » de cette rencontre ?

Cette confrontation à trois dimensions, soignant-soigné-sécurité, interroge succinctement la spatialité et la temporalité de la prise en charge. Ainsi, le suivi en milieu carcéral diffère vraisemblablement du suivi dans l'espace public par exemple en matière d'évaluation de la récidive. De plus, le temps judiciaire ne se cumule pas avec le temps sanitaire. Cette confrontation questionne tout autant la demande et la dette de chacun : ce qui était obligatoire peut parfois être investi par l' A.V.S., le soignant quant à lui peut avoir le sentiment de subir une condamnation, d'être lié à l' A.V.S et, indirectement, à la justice. Il existe une notion de « facture » dans ces soins contraints alors que l' A.V.S. considère « j'ai payé ma dette ! ». Comment regagner la confiance de la société et donc de la confiance en soi ? Même si chaque acte de violence sexuelle a ses particularités, nous remarquons que très vite, le « soi » côtoie le collectif en terme de société, de citoyenneté et donc de sécurité.

Comment singulariser alors librement cette rencontre en prenant en compte toutes ses dimensions, attendu que ce questionnement revient systématiquement dès qu'il est question de l'être humain. Singulariser, c'est personnaliser, c'est individualiser la rencontre. Or le soin appelle manifestement de plus en plus à protocoliser, à standardiser. Comment alors être au cours de la rencontre soignant-A.V.S. dans un aller-retour, dans une accommodation, une adaptation de notre regard versus une assimilation qui obligerait le soigné à entrer dans un protocole de rencontre pré-établi ?

Nous retiendrons comme base, le continuum entre les humains, versus : « eux sont violents et nous pas », continuum entre violence et non-violence, entre l'autre et moi, entre le soigné et le soignant. Cette rencontre peut alors se faire entre humains dans un premier temps, **car dans le soin on ne rencontre pas « un acte » mais « une personne ayant agi »**. Dans l'absolu, le soignant a à appliquer des soins, à prendre soin d'une personne, quel que soit le motif de sa présence en soins, en se distançant de l'acte qui a amené la personne en consultation.

Rencontrer c'est « prendre le risque de l'autre » car « éliminer l'autre » n'est pas une alternative, notre idée de continuum s'inscrit parfois dans « la violence du soin » par la « violence de l'abstention de l'autre ». Finalement, prendre le risque de l'autre c'est peut-être prendre le risque de soi. Ce risque qui cristallise nos doutes, doutes paradoxalement indispensables au maintien du rapport à la singularité, doutes comme catalyseur et ferment de la réflexion, doutes comme espace de réassurance. L'absence de ce doute est propice à l'instillation d'une posture « d'invulnérable » et si le concept d'invulnérabilité paraît contraire au soin, le soignant ne peut aborder ce dernier qu'en position de vulnérabilité.

En réalité notre « curseur » ne se pose jamais, la rencontre nous conduit inéluctablement avec courage et prudence à être dans cet aller retour entre principes et expériences, va-et-vient porteur de singularité. C'est faire le pari d'un sens « *non d'un sens déjà là...mais d'un sens à avérer, toujours au devant de soi* » (Paul Ricoeur). Pour autant et dans le même temps, comment puis-je échanger avec cette personne, si je me sens dans l'incapacité de l'accueillir ?

3-La posture d'explorateur du soignant :

Les situations aiguës, graves, complexes (suicide, folie, agressions sexuelles,...) mobilisent beaucoup plus de personnes que celles mobilisées par une situation « classique ». Ces situations déclenchent souvent des comportements défensifs de la part des membres de l'équipe soignante. Quelle que soit la demande, le soignant a à

assurer la prise en considération de celle-ci, quels que soient ses savoirs sa formation, ses émotions, sa posture, ses positionnements, ses expériences,..., ses aversions,..., ses intuitions. Ses compétences et ses capacités sont donc mises à l'épreuve à chaque situation de soins...si singulière soit-elle !

Pour pouvoir assumer et s'investir dans cette aventure, le soignant doit donc avoir confiance en ses propres capacités. *« La compétence soignante repose sur l'intelligence, la sensibilité, la créativité du professionnel et requiert la mise en mouvement de sa capacité de penser, de réfléchir, d'exercer un raisonnement clinique... »* (Walter Hesbeen)

Dans le cadre des auteurs de violence sexuelle, cette capacité qu'est la confiance en soi peut être perturbée, pouvant projeter le soignant dans des méandres de solitude. Sa **position est effectivement difficile** dans la mesure où si la personne est accusée c'est qu'elle est a priori responsable d'un acte, à contrario il existe des personnes incarcérées qui sont objets de calomnies (Exemple : vengeance familiale). Se rajoute la **difficulté de communication entre les intervenants**, mais également la paralysie de certains soignants face à une évolution de la situation thérapeutique. Que peut faire le soignant en réponse à la situation d'urgence ?

Concernant le signalement d'un enfant en danger, il appartiendra au soignant de respecter le secret professionnel, à visée de maintenir l'alliance thérapeutique, tout en travaillant d'autres types d'interventions visant la sécurité de l'enfant concerné. Toutes ces modalités doivent être pensées et soutenues légalement. D'autre part, si le soignant peut être inquiété par la justice en cas de passage à l'acte de l'agresseur, il lui appartiendra d'explicitier son positionnement au regard des notions que sont la liberté de conscience et la clause de conscience (notions définies en annexe 4). Le risque principal est, pour le soignant, de perdre sa rationalité et ses capacités d'analyse de la situation, lors de situations d'extrêmes urgences très préoccupantes et qui génèrent chez lui d'importantes montées émotionnelles. **D'où l'importance de l'anticipation par le soignant, d'une communication claire envers le délinquant qu'il prend en charge et ce dès le début de la prise en charge.**

L'essentiel à garder à l'esprit est la protection de la personne. D'autre part, le soignant doit rester attentif au fait qu'il n'a pas à chercher la véracité de ce que lui dit l' A.V.S. La loi considère d'emblée que si un professionnel sollicite la justice pour un signalement et qu'en fait il s'est trompé, il est considéré comme l'ayant fait en toute bonne foi. Il existe une notion de « délai de signalement » qui fait que le soignant

peut prendre référence et conseils et avis de ses collègues avant de faire suivre une information préoccupante.

Et que dire, que penser, comment « panser » la question du « tabou » de la sexualité dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle.

Le soignant peut vivre un sentiment fort de solitude, face à son engagement thérapeutique, tandis que la société entière semble détourner le regard. Comment désangoisser cela ?

Cette solitude « individuelle, individualisée » peut logiquement grandir au fil des entretiens avec un auteur de violence sexuelle, même auteur de faits terribles. Il est alors normal que le soignant soit envahi d'émotions douloureuses, importantes, fortes. Cependant il peut arriver que le soignant prenne peu à peu conscience qu'entre lui-même et l'auteur, il y a de nombreux points communs et que leurs différences entre humains sont finalement minimales.

Cette solitude n'est pourtant pas « indivisible » car une des réponses possibles se situe dans l'organisation du suivi de l' A.V.S.: Qui fait quoi et comment ? Il semble nécessaire de connaître ce que dit la loi et ce à quoi l'équipe est tenue pour cette rencontre thérapeutique et ce à quoi elle n'est pas tenue. Concernant la durée de la prise en charge, il faut également interroger la pertinence de passer la main en cours de thérapie. **L'obligation de soin est pour le soigné, pas pour le soignant.** C'est le C.M.P. qui est responsable de la mise en place des soins mais ce C.M.P. peut décemment refuser soit l'intégralité soit une partie de ce qui est demandé par le médecin coordinateur, ou encore mettre en place d'autres soins. Rappelons au passage que le soignant n'a pas une obligation de résultats mais une obligation de moyens.

Communément à ces pistes, il apparaît important de **faire la différence entre être citoyen et professionnel.** Être professionnel durant la durée du travail avec le positionnement en conséquence, et être simple citoyen hors du temps de travail (d'où la manifeste importance du travail d'équipe et la possibilité de s'appuyer sur ses collègues). La position de soignant n'exclut pas celle de citoyen mais les deux demandent à être articulées. La réflexion institutionnelle doit aider à cela, ainsi que la connaissance de la loi. Le soignant peut s'opposer à une demande institutionnelle en tant que citoyen et exprimer son opposition, mais s'y soumettre en tant que soignant. **Le travail du soignant est d'assurer la rencontre thérapeutique dans un cadre de**

soins. (En cas de questionnement ou de problème il a à en référer au médecin coordonnateur).

De la posture d'explorateur à celle d'aventurier en équipe, la prise en charge d'un auteur de violence sexuelle ne s'improvise pas. Le manque de préparation collectif peut mener au désastre....personnel. En effet l'aspect angoissant, de l'ordre de l'innommable, issu des représentations des auteurs de violences sexuelles heurte notre représentation de la sexualité. L'éthique, d'une façon stricte, pourrait alors se définir comme une présence à soi qui pourrait permettre une présence à l'autre.

4-La sexualité, une représentation (de plus)...tabou :

Dans les prises en charge d' A.V.S., il est question de la notion et de la dimension du corps. Qu'est ce qui fait sens, qu'est ce qui est symbolique, qu'est ce qui est réel ? Concernant le rapport au corps tous ces niveaux sont mêlés, toutes ces dimensions font sens, y compris le tabou. Celui de la sexualité est associé à la notion d'interdit et de sacré. Dans beaucoup de sociétés, les hommes ont mis en place des interdits structurants qui ont permis de sortir de l'animalité pour aller vers une sexualité qui a du sens. Le tabou semble être un interdit qui nous protège. L'intimité et la pudeur sont liées à la sexualité dont les limites sont variables suivant les époques et les cultures. Quelles sont alors nos capacités psychiques à représenter, intégrer, à aborder non seulement les transformations sociales et culturelles en général mais en particulier les violences sexuelles ?

« Les violences sexuelles font parties du lot de ces violences inhérentes à l'Homme...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. » (D.U. Baptiste ORIEZ - Clinique et thérapeutique des A.I.C.S.-2011).

La formation et l'information en général, plus particulièrement pour les soignants, semblent a priori les premières choses à investir afin de faire tomber leurs

représentations en matière de délinquance sexuelle...et de sexualité ! D'où l'importance lors de la prise en charge d' A.V.S. d'utiliser des outils d'exploration de nos représentations et de celles de ces patients, comme par exemple le jeu de carte : *Qu'en dit-on ?* mais également d'outils d'observation comme le Q.I.C.P.A.A.S. (Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles) pouvant éclairer plusieurs domaines comme celui de l'éducation. Actuellement, il existe de nombreux cours sur la procréation dans l'éducation nationale mais pas ou peu de cours sur la sexualité. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire est prévue par la loi depuis 2001. Cette loi prévoit dans les écoles, collèges et lycées au moins trois séances annuelles qui doivent contribuer à l'apprentissage du « respect dû au corps humain » et présenter une « vision égalitaire » des relations hommes/femmes.. Tout enfant devrait donc être éduqué en conséquence par rapport à la sexualité. Il en est de même chose pour les adultes. Cette implication de l'éducation sexuelle questionne également comme une évidence l'exemple de la pornographie cinématographique qui par son accessibilité, s'inscrit comme seul modèle chez certains enfants et adolescents, ce qui peut entraîner des comportements sexuels agressifs ou violents, par imitation ou encore l'utilisation de la sexualité par certains agresseurs sexuels comme moyen d'exprimer leur agressivité.

Par ailleurs, **il n'existe pas à ce jour de psychopathologie spécifique de l' A.V.S.**, mais des points communs entre eux. Dans ce cas, parler de soin aurait quel sens ? La structure perverse d'un A.V.S. est-elle curable ? Certains auteurs de violences sexuelles déficitaires, sont plus à l'aise dans l'interaction avec des enfants et peuvent dériver alors facilement vers l'agression sexuelle sur mineurs. Est-il raisonnable de « médicaliser » tous les comportements ? C'est la raison pour laquelle le mot « soin » est à remettre en cause. **Le terme « prise en charge » semblerait plus pertinent** car il implique une notion de protection de la société ainsi que la protection de la personne prise en charge afin de limiter la probabilité d'une récidive et réincarcération.

Enfin, il est à noter que parmi les A.V.S., il existe parfois des personnes frustrées, sexistes, qui sont confrontées en justice et en soins essentiellement à des femmes. Celles-ci pouvant être l'objet de leurs propos machistes. Notons également que de nombreux A.V.S. ont agressé des femmes, des jeunes filles, des enfants, entraînant chez les soignantes une charge émotionnelle importante et potentiellement difficile à canaliser, du moins en début de prise en charge. Néanmoins il apparaît que ces difficultés dans l'approche de ces patients tendent à s'amoinrir au fil des entretiens,

permettant généralement à la rencontre thérapeutique, à la prise en charge, d'évoluer positivement.

La nécessité de se former est indispensable car les approches thérapeutiques sont fonction de personnalités très différentes, ouvrir la définition d'auteur de violences sexuelles serait un premier prélude afin de ne pas être réducteur dans nos réflexions.

5-Pistes de réponses :

Ce qui protège vraiment le professionnel de soin c'est une posture professionnelle personnelle et adaptée...

- Savoir quelle est ma mission auprès de cet A.V.S. Être informé et conscient de ce qu'a décidé le médecin responsable du C.M.P.
- Reprendre l'esprit de la loi initiale : favoriser la réintégration de l' A.V.S. dans la société, quels que soient les actes qu'il a commis. « Donner une chance à la réhabilitation ».
- Ne débiter la prise en charge qu'en possession des documents relatifs au procès (jugement, expertises,...). Prendre absolument le temps de les demander, de les obtenir et de les consulter avant toute prise en charge. Les conditions de passage à l'acte dictent le mode de prise en charge et son commencement.
- Se former et s'informer des avancées législatives et en matière de délinquance sexuelle.
- Comprendre le patient n'est pas excuser son acte. La violence du soin réside très probablement dans la violence de l'abstention de soin.

- Éviter de prendre en charge un A.V.S si l'on est jeune soignant. A contrario, avoir constamment à l'esprit que l'expérience ne met le soignant ni à l'abri de ses propres représentations, ni à l'abri de l'emprise par exemple d'une personnalité perverse.

...ainsi que la posture professionnelle de l'équipe.

- Savoir identifier une personnalité perverse chez l' A.V.S. (très fréquente), ne pas rester seul dans la prise en charge afin de ne pas risquer d'être sous emprise. Les deux soignants se répartiront alors ainsi les rôles : l'un en interaction verbale directe avec le patient et l'autre en retrait, reprenant lorsqu'il se rend compte que la communication dérape ou risque de dérafer. Ce dernier rédigera également le compte-rendu de la séance.
- Favoriser et développer le travail d'équipe prioritairement à l'esprit d'équipe.
- Connaître et « utiliser » le rôle du médecin coordonnateur. (Ex : Signaler lorsque le patient ne vient pas au rendez-vous).
- Importance de l'existence d'une supervision pour les prises en charge d'auteurs de violences sexuelles.
- Nécessité d'un espace de dialogue et de réflexion clinique, en équipe, pour comprendre ce qui se « joue » chez l'auteur de violences sexuelles avant, pendant et après son acte.
- Assister au moins une fois au procès d'Assises d'un A.V.S...

Conclusion :

La rencontre thérapeutique et la prise en charge d'un auteur de violences sexuelles nous questionnent continuellement. Elles nous demandent de garder la juste distance entre forte implication émotionnelle et attitudes défensives.

Plus précisément, le terme « prise en charge d'un A.V.S. », à lui seul, nous interroge encore plus. Ce terme peut-il définir à lui seul le soin ? En effet, prendre en charge, c'est, symboliquement, se charger de... Cela questionne la posture du soignant dans son engagement. Cela questionne également sa possibilité à positionner autrui comme acteur de son propre chemin de vie. La confiance en soi et en l'autre aspire à tracer plusieurs chemins des possibles. Un de ceux-ci pourrait être pour le soignant le dialogue entre la juste distance et la bonne présence, afin que l'acronyme P.E.C. puisse également être lu et interprété comme « Prise En Considération ».

Annexe 1

Obligation de soins [art. 132-45 CP](#)

Cadre légal

Non spécifique à la délinquance sexuelle et prononcée sans expertise médicale préalable obligatoire, l'obligation de soins est définie comme l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins.

- Prononcée **avant déclaration de culpabilité** (= alors modalité du contrôle judiciaire : art. 138-10° CPP : « se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins ». Art. 138 svts CPP.
- Prononcée **après déclaration de culpabilité**

Modalités

- L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer.
- Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines à tout moment de la mise en œuvre de la mesure.
- Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain.

Injonction de soins [art. 131-36-4 CP](#)

Cadre légal

Créé par la loi du 17/06/1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs, le suivi socio-judiciaire comporte, sauf décision contraire de la juridiction, une injonction de soins, s'il est établi, après expertise médicale, que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Initialement prévu pour les infractions sexuelles, le SSJ a été étendu à d'autres infractions (art. 131-36-1, art. 221-9-1, 222-48-1, 224-10, 227-31, 322-18 CP) :

Modalités

- L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire.
- Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines.
- Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines.

En cas **d'inobservation** de l'injonction de soins, le JAP peut ordonner la mise à exécution totale ou partielle de l'emprisonnement initialement prévu (art. 763-5 CPP). Constitue pour le condamné une violation des obligations qui lui ont été imposées le fait de refuser de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant et qui lui a été proposé dans le cadre d'une injonction de soins (art. 763-5 al. 3 CPP).

Tableau synthétique du suivi socio judiciaire

Nature de la mesure
<p>Suivi socio-judiciaire :</p> <p>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.</p> <p>Si délit, le SSJ est prononcé soit :</p> <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. <p>Si crime, le SSJ est prononcé à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté (sursis simple possible, mais pas le SME).</p> <p>La personne condamnée à un SSJ est placée sous le contrôle du JAP (..). Le JAP peut désigner le SPIP pour veiller au respect des obligations imposées au condamné. « la personne condamnée à un SSJ est tenue de justifier auprès du JAP de l'accomplissement des obligations qui lui sont imposées ».</p>

Autorités judiciaires compétentes :

- - 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 :

- 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.

Le médecin coordonnateur

Art. R 3711-1 à R 3711-11 CSP- Art. R 3711-18 à R 3711-23 CSP- Art. L 3711-1 à L 3711-5 CSP

Psychiatre ou médecin ayant suivi une formation appropriée, le médecin coordonnateur est inscrit sur

une liste établie par le procureur de la République.

Désigné par le JAP, dans la mesure du possible avant la libération d'un condamné détenu (art. R. 3711-8

CSP) voire obligatoirement avant la libération d'un condamné détenu lors de condamnation pour

assassinat, meurtre, torture ou acte de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration d'un mineur ou d'un

majeur quand ces mêmes infractions sont aggravées (crimes de l'art. 706-53-13 CPP).

- **invite** le condamné à choisir un médecin traitant / psychologue traitant et fait part au condamné des modalités d'exécution de l'IS.
- **conseille** le traitant si ce dernier en fait la demande.
- **transmet** au JAP ou au CPIP les éléments nécessaires au contrôle de l'IS.
- **informe** le condamné de sa possibilité de poursuivre son traitement à l'issue du SSJ avec IS.
- **coopère** à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif d'IS ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

Le médecin traitant / psychologue traitant

Art. L 3711-1 à L 3711-5 CSP- Art. R 3711-12 à R 3711-17-1 CSP- Art. R 3711-18 à R 3711-23 CSP

Choisi par la personne, il confirme au médecin coordonnateur son accord à la prise en charge par écrit dans un délai de 15 jours.

 **prescrit** à la personne les soins qui lui paraissent adaptés et en assure le suivi.

 peut décider d'**interrompre** le suivi.

 **délivre** des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers.

 **informe** sans délai le MC lorsque le refus de traitement ou l'interruption du traitement intervient contre son avis.

 **peut informer** le JAP de l'interruption du traitement.

 **peut informer** le médecin coordonnateur de toute difficulté survenue dans l'exécution du traitement.

 **peut proposer** au JAP d'ordonner une expertise médicale.

 **informe** sans délai par LRAR le médecin coordonnateur de son choix d'interrompre le suivi d'une personne.

 **retourne** les pièces de procédure au médecin coordonnateur quand il cesse de suivre la personne.

Annexe 2

Références C.R.I.A.V.S Lorraine :

*Recommandations de prise en charge A.V.S. à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans par la H.A.S.

*Protocole Santé-Justice A.I.C.S. (2012)

*Plan d'actions stratégiques (2010-2014), politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

*Guide de l'injonction de soins portant sur la prise en charge des personnes soumises à une injonction de soins dans le cadre: de la loi n° 1998-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ; de la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive; de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance; de la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs ; de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Annexe 3

Intervention de Lino Pereira, infirmier en milieu carcéral

La France est le pays le plus avancé en matière de législation concernant les infractions à caractère sexuel, par rapport aux autres pays.

La loi GUIGOU, sur les soins pénalement ordonnés (1998) a été remaniée à cinq reprises. Elle a été promulguée, d'une part, dans le but de protéger la société contre les agresseurs sexuels et de favoriser, d'autres parts, la réhabilitation de l'agresseur sexuel.

Dans le cadre de l'injonction de soins, le médecin coordonnateur, mandaté par la justice, s'assure des soins - auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue traitant - soit en secteur public (en C.M.P.), soit en secteur libéral.

Ce sont ensuite ces deux types de lieux de soins - selon le lieu choisi - qui déterminent le projet de soins du patient A.V.S.

Le médecin coordonnateur transmet au médecin/psychologue traitant tous les documents pénaux dont il dispose (condamnation, expertise psy) et il assure le lien entre ces soins et le juge d'application des peines.

Les termes « pédophilie », « A.V.S. » ou « auteur de violence sexuelle » sont des termes médicaux, par contre, le terme « A.I.S. » ou « auteur d'infraction sexuelle » est une appellation juridique.

Le travail du soignant n'est pas de déterminer si le patient/condamné est coupable, mission de la justice.

La loi autorise le droit de réserve pour le soignant, mais il peut être pénalement tenu responsable s'il ne signale pas des faits portant atteinte à autrui. Si le soignant s'est trompé en signalant un délit suite à une révélation d'un patient, il n'encourt pas de poursuite judiciaire car il a agi de bonne foi. Désormais, on ne parle plus de « signalement » mais d'« information préoccupante ».

Les soins pénalement ordonnés peuvent durer de deux ans à... la perpétuité, leur durée étant fixée par le juge d'application des peines. Si les soins ne sont pas suivis, cela entraîne, la plupart du temps, de petites réincarcérations. Proposer des soins pénalement ordonnés est généralement bénéfique pour les A.V.S. déficitaires, car les soignants interviennent de façon éducative dans leur prise en charge. La récurrence d'un A.V.S. après les soins pénalement ordonnés est de mauvais pronostic. La perversion reste incurable car il ne s'agit pas d'une pathologie.

Le Q.I.C.P.A.A.S. et le jeu « Qu'en dit-on ? » sont des outils aidants pour les soignants. Il est nécessaire que des soignants (ou référents) soient spécifiquement formés dans chaque structure de soins.

La prise en charge des A.V.S. par des équipes féminines est souvent compliquée au début des soins, puis elle évolue généralement positivement.

Actuellement, si l'éducation à la sexualité est préconisée dans les établissements scolaires, la sexualité est davantage abordée du point de vue de la procréation, plutôt que de manière éducative.

Annexe 4

La liberté de conscience et la clause de conscience

La liberté de conscience est reconnue comme une valeur éthique essentielle dans tous les grands textes internationaux. Elle figure notamment dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme (article 18), dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme élaborée par le Conseil de l'Europe (article 9), ou dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne (article 10).

En France, elle constitue un « principe fondamental reconnu par les lois de la République », c'est à dire une norme de valeur constitutionnelle, supérieure aux lois ordinaires qui ne doivent donc pas y porter atteinte.

L'objection de conscience consiste à refuser d'accomplir certains actes prescrits par la loi ou par les représentants de l'autorité en général, parce que contraires à des normes morales, éthiques ou religieuses fondées sur la liberté de conscience.

La clause de conscience est la reconnaissance par l'État de ce « droit d'opposition », dans certains cas précis où des valeurs fondamentales sont en jeu.

En l'absence de clause de conscience officiellement reconnue, chaque citoyen garde le droit et le devoir d'exercer sa liberté de conscience, dans des cas graves de lois considérées comme injustes ou illégitimes, même au prix de se mettre « hors-la-loi ».

Références :

- l'article 10 de la [Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789](#) : « Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi » ;
- le [préambule de la Constitution du 27 octobre 1946](#) : « Nul ne peut être lésé dans son travail ou dans son emploi en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances ».
- la décision 2001-446 DC du 27 juin 2001 du [Conseil constitutionnel](#) établissant la [liberté de conscience](#) comme l'un des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République.
- la loi du 4 mars 2002 qui reconnaît au patient le droit de recevoir les soins les plus appropriés.
- [Art. R4127-7](#) et [Art. L110-5](#) du Code de la Santé publique.

Annexe 5

Décret infirmier du 25 novembre 2016. Source : légifrance.

Section 2

Devoirs envers les patients :

Art. R 4312-11

« L’infirmier doit écouter, examiner, conseiller ou soigner les personnes quelles qu’elles soient, notamment, leur origine, les mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu’ils peuvent éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. »

Art. R 4312-12

« Dès lors qu’il a accepté d’effectuer les soins, l’infirmier est tenu d’en assurer la continuité. »

« Hors cas d’urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d’humanité, un infirmier a le droit de refuser des soins pour une raison professionnelle ou personnelle. »

« Si l’infirmier se trouve dans l’obligation d’interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l’orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles pour la poursuite des soins. »