

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2016

20XX TOU3 15XX

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Julie CALONGE**

le 16 Septembre 2016

**AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE EN INJONCTION DE SOINS :**  
**REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ETUDE QUALITATIVE**  
**DU VECU DES PATIENTS**

Directeur de thèse : Dr Anne-Hélène MONCANY

**JURY**

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO	Assesseur
Monsieur le Docteur Pierre-André DELPLA	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Suppléant

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIE	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	<b>P.U.</b>	
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr. MESTHE Pierre

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr VIDAL Marc  
Pr STILLMUNKES André  
Professeur Associé en O.R.L  
Pr WOISARD Virginie



A notre président de Jury,

**Monsieur le Professeur Laurent Schmitt,  
Professeur des Universités,  
Praticien Hospitalier**

Vous nous faites le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Vous avez su nous transmettre tout au long de notre externat et de notre internat votre savoir-faire et votre savoir-être avec les patients.

Recevez ici toute notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

Hommages respectueux.

Aux membres du Jury,

**Monsieur le Professeur Christophe Arbus,  
Professeur des Universités,  
Praticien Hospitalier**

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de thèse.

Nous sommes sensibles à votre investissement pour la Psychiatrie du Sujet Agé ainsi qu'à votre Humanité et votre disponibilité.

Veillez trouvez dans ce travail le témoignage de notre gratitude et de notre respect.

**Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto,  
Professeur des Universités,  
Praticien Hospitalier**

Tu nous fais l'honneur de siéger à notre Jury de thèse.

Nous te remercions de nous avoir accueilli aussi chaleureusement dans ton service.

Nous avons apprécié tes qualités scientifiques et humaines, travailler à tes côtés a été un réel plaisir.

Nous sommes sensibles à ton investissement pour le développement universitaire de l'Addictologie.

Trouve dans ce travail toute notre reconnaissance et notre profond respect.

**Monsieur le Docteur Pierre-André Delpla,  
Maître de Conférence des Universités,  
Praticien Hospitalier**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous avons apprécié au cours de notre semestre en Médecine Légale votre sens pédagogique et votre bienveillance. Vous avez contribué à éveiller notre intérêt pour la psychiatrie légale.

Soyez assuré de notre profond respect.

**Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany,  
Praticien Hospitalier**

Tu nous as fait l'honneur d'accepter de diriger notre travail de thèse.

Nous ne serions comment te remercier pour ta patience, ton sens critique et ta disponibilité tout au long de ces derniers mois.

Nous admirons ton parcours et tes connaissances.

Sois assurée de notre profond respect et de notre reconnaissance.

*A Hakim, avec tout mon amour,*

*A mes parents, merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves. Votre amour inconditionnel me permet d'avancer,*

*A ma sœur Céline et toute sa petite famille et notamment Léonie qui remplit nos vies de joie,*

*A ma grand-mère, pour sa présence et ses attentions depuis toujours,*

*A mon cousin Nicolas, qui a toujours été un exemple pour moi tant dans sa vie professionnelle que personnelle,*

*A toute ma famille,*

*A ma belle-famille,*

*A mes amis, ceux qui sont là depuis toujours ou presque : Gwendo, Marianne, Sonia, Florence, Claire, Aurélien, Jeff. A Emilie et Pauline. Merci pour votre présence et votre soutien. Votre amitié m'est précieuse.*

*A ceux qui m'ont accompagnée pendant toutes ces années d'internat : Audrey, Amandine, Emilie, Dorian, Sarah, Jeanne, Sami, Margaux, Fanny, Lorane, Thomas, Yohanna.*

*A tous les médecins et les équipes de soin que j'ai rencontré pendant mes études, qui m'ont accueillie chaleureusement et qui m'ont transmis leur savoir et particulièrement l'équipe de l'UPC, l'unité Boris Vian avec qui j'ai passé six mois exceptionnels, le PCAMP, le service d'addictologie du CHU, l'UF4 et le service de médecine légale.*

*A ces quelques médecins qui ont particulièrement marqué mon parcours de médecin, Dr Nicolas Job, Dr Cécile Garrido (même si ce fut court !), Dr Julie Rieu, Dr A-H Moncany, Dr Stinée, Dr Bénédicte Jullian et Dr Juliette Salle.*

*A toute l'équipe du CRIAVS et particulièrement à Tristan.*

*A tous les patients dont j'ai croisé la route.*

*A ma grand-mère qui aurait été fière de voir sa troisième petite-fille devenir médecin.*

# TABLES DES MATIERES

<b>PRINCIPALES ABREVIATIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>PARTIE I : Cadre théorique et légal de l'injonction de soins.....</b>	<b>11</b>
1. <i>Historique : vers une articulation de la Peine et du Soins.....</i>	11
1.1. Une dichotomie originelle .....	11
1.2. Les prémices d'une articulation Santé-Justice .....	13
1.3. L'articulation des relations Santé-Justice.....	15
1.4. L'injonction de soins : l'avènement de l'articulation entre la Santé et la justice ?.....	17
2. <i>Définition du terme Auteur de Violence Sexuelle.....</i>	17
2.1. Vers une définition pénale de l'Auteur de Violence Sexuelle ? .....	18
2.2. Vers une définition psychiatrique de l'Auteur de Violence Sexuelle ?.....	19
3. <i>Contexte de promulgation de la loi du 17 juin 98 : fondements statistiques et sociaux... 22</i>	22
4. <i>Les fondements psychiatriques de la loi du 17 juin 1998.....</i>	24
4.1. D'une clinique de la perversion vers une clinique des Agirs .....	25
4.2. Les préconisations du rapport Balier.....	31
4.3. Modélisation de l'injonction de soins par André Ciavaldini.....	33
4.4. Prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelle : traitements actuels.....	35
5. <i>Cadre légal de la loi du 17 juin 1998.....</i>	39
5.1. Les cadres légaux d'application de l'Injonction de Soins.....	39
5.2. Les modalités d'application de l'injonction de soins .....	43
6. <i>Articulation Santé-Justice, formation des professionnels : la création des CRIAVS.....</i>	50
7. <i>Evaluation du dispositif d'injonction de soins : état des lieux et questions éthiques .....</i>	51
8. <i>Problématique.....</i>	54
<b>PARTIE II : MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>56</b>
1. <i>Objectif principal de l'étude .....</i>	56
2. <i>La recherche qualitative.....</i>	56
2.1. Intérêt de la méthode de recherche qualitative .....	56
2.2. Intérêt de l'entretien semi-directif.....	57
2.3. Choix de la grille d'entretien .....	57
2.4. Passation des entretiens .....	58
2.5. Retranscription des entretiens .....	58
3. <i>Protocole de l'étude .....</i>	59
3.1. Recrutement des participants .....	59

3.2.	Population de l'étude .....	59
3.3.	Ethique .....	60
3.4.	Présentation du recueil des données .....	60
3.5.	Schéma général d'inclusion des participants.....	61
4.	<i>Traitement des données</i> .....	62
4.1.	Analyse du contenu.....	62
<b>PARTIE III : RESULTATS.....</b>		<b>65</b>
1.	<i>Présentation de la population</i> .....	65
1.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	66
1.2.	Caractéristiques des parcours de soin.....	67
1.3.	Caractéristiques des parcours judiciaires et carcéral.....	68
1.4.	Données concernant l'Injonction de Soins.....	69
2.	<i>Résultats de l'analyse thématique des entretiens</i> .....	70
2.1.	Compréhension du dispositif d'injonction de soins.....	70
2.2.	Le vécu de la mesure d'injonction de soins .....	80
2.3.	Les perceptions de l'intérêt et de l'indication de la mesure d'injonction de soins.....	91
2.4.	Les attentes concernant le dispositif d'injonction de soins.....	96
2.5.	Critiques de l'injonction de soins .....	99
2.6.	Les bénéfices de la mesure de soins pénalement ordonnés.....	102
2.7.	Les propositions d'amélioration .....	105
2.8.	La question du passage à l'acte.....	107
<b>PARTIE IV : DISCUSSION.....</b>		<b>113</b>
1.	<i>Forces et limites de l'étude</i> .....	113
1.1.	Les forces de notre étude .....	113
1.2.	Les limites de notre étude .....	114
2.	<i>Principaux résultats</i> .....	115
2.1.	Population de notre étude .....	115
2.2.	Une bonne perception des rôles des intervenants mais des limites mal définies.....	119
2.3.	La violence du dispositif .....	121
2.4.	Un investissement dans le soin qui diffère .....	122
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>129</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>136</b>
	Annexe 1 : Grille d'entretien de recherche .....	136
	Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	138
	Annexe 3 : Corpus d'entretien .....	139

## PRINCIPALES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARTAAS : Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

AVS : Auteur de Violence Sexuelle

CD : Centre de Détention

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ème</sup> version

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CMP : Centre Médico-Psychologique

CP : Codé Pénal

CPP : Code de Procédure Pénale

CSP : Code de Santé Publique

CPMS : Commission Pluridisciplinaire des Mesures de Sûreté

CRIAVS : Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violence Sexuelle

CSP : Code de la Santé Publique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

HAS : Haute Autorité de Santé

IS : Injonction de Soins

ISRS : Inhibiteur sélectif de la Recapture de Sérotonine

JAP : Juge d'Application des Peines

QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agression Sexuelle

SJ : Surveillance Judiciaire

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

WFSBP : World Federation of Societies of Biological Psychiatry

## INTRODUCTION

---

On observe depuis les années 1980 une augmentation des crimes et délits d'ordre sexuel dans un contexte de prise de conscience par la population de la problématique de la violence sexuelle. Ceci s'explique par l'influence du militantisme féministe et des professionnels travaillant auprès des enfants. Ainsi en trente ans, le nombre d'incarcération pour des faits de mœurs est passé de 1180 en 1980 à 7641 en 2014 soit une augmentation de presque 700 %. (1) De fait, accompagnant l'évolution des sensibilités, le législateur a durci la réponse pénale jugée insuffisante ou inadaptée. (2)

Cette population s'accroissant en détention, la question de la violence sexuelle a d'abord intéressé les psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire. Dans les années 1990, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la clinique et à la prise en charge de cette population « auteur de violence sexuelle » avec notamment la mise en place en 1991 conjointement par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice, d'un groupe de travail destiné à définir les possibilités de traitement et le suivi médico-psychiatrique des auteurs d'agression sexuelle. Il sera suivi par la mission d'évaluation et de proposition sur les traitements des auteurs d'agression sexuelle confiée au Dr Claude Balier à l'issue duquel sera rédigé le « Rapport Balier ».

En parallèle, s'est développée la législation auprès des auteurs de violence sexuelle à travers la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » instaurant les mesures d'injonction de soins et le suivi socio-judiciaire. De par l'expérience de la récurrence de cette population AVS et surtout l'émotion qu'elle suscite, il était impossible de concevoir la peine d'emprisonnement comme seule possibilité de réinsertion du condamné : la nécessité d'une prise en charge sanitaire s'est également imposée. S'appuyant sur les préconisations du « rapport Balier », le législateur a développé des mesures permettant d'articuler la peine et le soin.

Ainsi, l'injonction de soins, qui s'inscrit dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou, plus rarement, de la libération conditionnelle ou de la surveillance judiciaire, est mise en œuvre en milieu ouvert, et repose sur l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et les soignants par l'intermédiaire d'un médecin coordonnateur. Il s'agit d'une spécificité française tant sur le plan médical que judiciaire. Elle concernait en 2011, 3800 individus dont 90% d'auteurs de violence sexuelle (3).

Depuis sa mise en place en 1998, le dispositif légal a évolué. Les différents rapports d'évaluation de la mesure d'IS « Rapport d'évaluation du dispositif d'injonction de soins » de 2011 (4) et « Rapport d'information par le député E. Blanc » en 2011 (5) montrent qu'aucune étude ou donnée statistique n'a pu être établie concernant l'efficacité du dispositif.

Dans le cadre de notre diplôme inter universitaire de psychiatrie médico-légale et criminologie, nous avons réalisé un mémoire intitulé « Dispositif de prise en charge des auteurs de violence sexuelle : incitation aux soins en milieu pénitentiaire et travail de lien avec le milieu ouvert ». (6) Avec ce travail nous avons pu montrer que les mesures d'incitation aux soins, qu'elles soient médicales ou judiciaires amenaient les condamnés à la consultation de psychiatrie : plus de 90% de la population étudiée incarcérée au centre de détention de Muret est prise en charge par le SMPR. Les questions que nous nous sommes posées suite à ce travail étaient multiples mais nous nous sommes notamment demandé: comment, suite à cette prise en charge en détention, les condamnés à une mesure d'Injonction de soins abordaient-ils les soins en milieu ouvert et quelle était leur inscription dans ce dispositif de soins pénalement ordonnés ?

## PARTIE I : Cadre théorique et légal de l'injonction de soins

---

### 1. Historique : vers une articulation de la Peine et du Soins

Nous allons aborder dans cette partie l'aspect historique des relations entre la justice et la santé mentale. A partir du travail de plusieurs auteurs comme Lantéri-Laura, Hémerly et Roelandt, ce chapitre nourrit l'ambition d'éclairer les aspects actuels des liens entre la pratique pénale et la psychiatrie et de comprendre leurs évolutions. (7, 8, 9) Ainsi en un peu plus de trois siècles, nous sommes passés d'un clivage net entre la peine et le soin à une articulation du soin et de la peine.

#### 1.1. Une dichotomie originelle

Sous l'Ancien régime, avant 1791, la pratique pénale s'appuie sur l'héritage du droit romain et du décret de Gratien : les « insensés » échappaient à l'ordre judiciaire. Ils ne peuvent être ni punis, ni condamnés. L'Etat tient alors une position charitable et bienveillante envers « ses fous » : elle les protège dans leurs intérêts et défend leur famille ainsi que le groupe social contre leurs agissements les plus perturbateurs. Cette attitude de l'Etat s'explique par la compassion chrétienne et philanthropique envers les insensés mais également par le fait que dans les représentations collectives, le fou était déjà puni par Dieu et que les hommes n'avaient nul besoin de se substituer à lui en lui infligeant une peine supplémentaire. Imprégnés de principes moraux et religieux, la Folie est de fait reconnue comme un constat et n'appelle pas à un traitement médical.

A partir de la révolution française et du Code pénal de 1810, l'attitude de l'Etat envers les « insensés » va changer. En effet s'inspirant de la philosophie des Lumières, le droit pénal se fonde sur l'idéologie de Beccaria : séparation du judiciaire et du religieux, prévention du crime, notion de légalité, application de la loi de manière syllogique et sans interprétation, et « utilitarisme » du châtement pour l'ordre social. La notion *d'universalité* est primordiale : ce sont des actes qui sont

jugés et non pas des personnes. L'individualité, la singularité ne sont pas prises en compte.

Une étape déterminante dans la perception du Fou est représentée par l'article 64 du Code Pénal. Celui-ci stipule qu' « il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». « L'état de démence » n'est pas à cette époque qualifié médicalement mais correspondait seulement au fait qu'*un individu ne sait pas ce qu'il fait*. L'article 64 stipule que les faits bien qu'ils aient été commis ne peuvent être qualifiés et donc l'individu ne peut être jugé. Ainsi l'article 64 permet de tenir éloigné le Fou de la prison mais également de la société.

En parallèle, au début du XIXème, se développe la clinique psychiatrique moderne sous l'influence de Pinel (1745-1826). Celui-ci publie en 1801 le « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » dans lequel se dessine les contours de la psychiatrie moderne : il défend le développement de la psychiatrie comme spécialité au sein de la médecine et il rationalise la classification des maladies psychiatriques en un seul trouble, l'aliénation mentale. Il prône également le « traitement moral » des aliénés qu'il définit comme « *l'art de consoler les aliénés, de leur parler avec bienveillance, de leur donner quelque fois des réponses évasives pour ne pas les aigrir avec des refus, de leur imprimer d'autres fois une crainte salutaire, et de triompher sans aucun acte de violence de leur obstination inflexible* ». (10) C'est à cette époque que la psychiatrie commence à s'appropriier le malade mental qui quitte alors la prison.

Esquirol (1772-1840) va poursuivre les travaux de Pinel sur le traitement moral des aliénés et c'est lui qui va inspirer la loi de 1938 sur l'hospitalisation des malades mentaux : cette loi va réorganiser l'assistance psychiatrique avec la création des hôpitaux psychiatriques départementaux mais elle va surtout donner un statut juridique aux différents modes d'hospitalisation des aliénés à travers le « placement volontaire » et le « placement d'office ». Cette loi permet d'éloigner les insensés de la société mais également de leur apporter un traitement moral en dehors de la prison : la psychiatrie protège la sociétés des fous-criminels.

Les aliénistes ont également revendiqué une compétence en matière de distinction entre la folie et le crime. C'est sûrement Georget (1795-1828) qui a ainsi le plus contribué à développer l'expertise psychiatrique dans les affaires criminelles. Il affirme que l'aliénation mentale, évoquée dans l'article 64 du Code pénal, aboutit à ce que la présence d'un trouble psychiatrique entraîne quasiment automatiquement l'absence de poursuite pénale. On est alors bien loin du sens premier de l'article 64 qui stipule bien que l'état de démence doit être pris en considération « au temps de l'action ». Pour les aliénistes, le statut de malade prévaut sur les actes commis.

Ces lois vont définir pendant longtemps les relations entre la Santé et la Justice, le champ médical pouvant succéder au champ judiciaire sans qu'il n'y ait d'articulation et s'excluant même mutuellement.

Le développement de la nosographie psychiatrique dans la deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle va entraîner un changement de paradigme avec une disparition de la notion d'aliénation mentale au profit *des* maladies mentales : le terme de démence comme édictée dans l'article 64 apparaît alors de plus en plus comme désuet sur le plan des conceptions médicales et la frontière entre le fou et le criminel de plus en plus floue à définir.

## 1.2. Les prémices d'une articulation Santé-Justice

### 1.2.1. L'école positiviste

Au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, la population asilaire s'accroît, de même que la population carcérale. Les institutions psychiatriques et carcérales sont face à un échec : les fous rechutent et les criminels récidivent. L'incurabilité des patients et l'incorrigibilité des délinquants sont pointées : le système institutionnel ne permet pas de prendre en charge correctement ces populations. Cette période marque l'avènement du positivisme, s'appuyant sur les principes de défense sociale, avec notamment l'école d'anthropologie criminelle de Lombroso. Ce dernier publie en 1876 « L'uome delinquente » dans lequel il défend la thèse selon laquelle le crime

est le résultat *inexorable* de causes endogènes et a donc une explication anthropologique. Ceci remet en question la notion de responsabilité et de libre-arbitre. La notion de dangerosité apparaît et se substitue à celle de responsabilité.

Les positivistes ont imaginé appliquer aux criminels des mesures de sûreté ou mesures de défense en s'appuyant non plus sur la punition d'un acte mais sur celle d'une personnalité et de ses antécédents médicaux et judiciaires.

### 1.2.2. La circulaire Chaumié et l'atténuation de la responsabilité

Loin des préoccupations positivistes et de défense sociale, la façon de juger se modifie en France avec l'apparition des circonstances atténuantes à travers la loi du 20 décembre 1905 dite « Circulaire Chaumié ». Celle-ci pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental : « à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé ». A cette fin, il est demandé à l'expert, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte, au sens de l'article 64 du code pénal, mais également de lui faire préciser « *si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité* ». Cette loi a pour conséquence une adaptation de la peine encourue. La psychiatrie va alors contribuer à l'individualisation des peines et la prise en compte de la personnalité : entre l'homme sain et l'aliéné, entre la raison et la folie, il existe toute une palette de nuances.

Ainsi on est passé en quelques décennies d'une conception générale du droit pénal où l'on poursuivait et punissait des actes à une conception plus individualisée du droit où l'on poursuit des actes mais où ce sont des individus qui sont punis. Sur

le plan psychiatrique, le fou-criminel du début du XXème siècle est soigné dans les hôpitaux psychiatriques et la notion d'atténuation de la responsabilité permettait aux malades mentaux responsables de leurs actes d'éviter la peine de mort. Dès lors, les institutions sanitaires et judiciaires ne s'excluent plus l'une de l'autre mais doivent se concerter et s'articuler, notamment pour la prise en charge de ce qu'on pourrait appeler les « demi-fous ».

### **1.3. L'articulation des relations Santé-Justice**

L'idée du XIXème siècle était de vider les prisons de leurs fous et de les confier aux aliénistes, s'appuyant sur la notion d'irresponsabilité pénale des malades mentaux (article 64 du Code Pénal). Avec la circulaire Chaumié et la notion de responsabilité atténuée, les délinquants « demi-fous » sont moins lourdement punis mais retournent en prison. Le début du XXème siècle amorce un mouvement inverse et cette circulaire légitime ainsi l'entrée de la psychiatrie en milieu carcéral. (11)

#### **1.3.1. Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaires**

En 1944, Paul Armor, premier directeur de l'administration pénitentiaire française, trace la voie des soins psychiatriques en prison : « dans tout établissement français fonctionne un service social et médico-psychologique » dont les missions sont « d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires » (12) A partir des années 50, la création d'annexes carcérales se développe sous l'autorité de l'administration pénitentiaire.

En 1967, les Centres Medico-Psychologiques Régionaux (CMPR) sont instaurés par voie de circulaire et pour la première fois, les textes législatifs incitent à un travail thérapeutique.

Par le décret du 14 décembre 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, le secteur de psychiatrie en

milieu pénitentiaire est reconnu comme une entité autonome. Les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) sont nés. Ce décret définit les principales missions et le fonctionnement des SMPR : assurer une mission de prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire notamment par un dépistage systématique des troubles psychiques de chaque entrant en détention, mettre en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus, assurer le suivi psychiatrique de la population postpénale en coordination avec les équipes de secteur, lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie. La recommandation n° R (98)7 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe relative aux aspects éthiques ou organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire du 8 avril 1998 souligne que les personnes incarcérées doivent bénéficier des mêmes mesures de prévention et prestations de santé que les individus libres.

### 1.3.2. Les soins pénalement ordonnés

A partir des années 1950, avec l'apparition des soins pénalement ordonnés, on va observer une médicalisation progressive des décisions de justice.

La première obligation de soins est instaurée en 1954, par la loi sur « le traitement des alcooliques dangereux ». Elle prévoit la possibilité d'un placement forcé, sur décision judiciaire, en centre de rééducation spécialisé. Cette mesure permettait aux individus jugés « alcooliques » et « dangereux » pour eux-mêmes ou pour autrui d'éviter des poursuites pénales s'ils acceptaient de se faire soigner. Un seul établissement pouvant accueillir cette population a été créé traduisant une réticence des professionnels de santé à ce type de mesure et probablement également un manque de moyen.

En 1970, dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie, l'injonction thérapeutique apparaît. Il s'agit d'une mesure permettant au procureur de proposer à l'usager de drogues de se soigner en alternative à des poursuites pénales.

L'articulation entre la Santé et la Justice n'a ici plus seulement un objectif social ou sécuritaire mais permet également d'amener les justiciables à des soins de qualité. Ces deux lois marquent un tournant dans le dispositif législatif sanitaire

puisqu'elles concernent des conduites, renvoyant à des pathologies à la limite du champ de la maladie psychiatrique. Cette évolution s'observe cependant sans que ne soient définis expressément ni le cadre juridique, ni les indications médicales, ni les fonctions de chaque intervenant. (13)

#### 1.4. L'injonction de soins : l'avènement de l'articulation entre la Santé et la justice ?

Nous verrons dans un prochain chapitre le cadre légal de la mesure d'injonction de soins, ses modalités d'application et en quoi cette mesure constitue pour nous un modèle de l'articulation entre le Soin et la Justice. Ce rapprochement des cultures professionnelles a permis :

- une meilleure circulation des informations entre les différents intervenants, dans le respect du secret professionnel,
- une plus grande clarté des rôles respectifs de chaque professionnel,
- des décisions judiciaires plus adaptées aux différentes situations humaines, éclairées par un avis expertal quant à l'indication de la mesure. (14)

## 2. Définition du terme Auteur de Violence Sexuelle

Il est dans un premier temps indispensable de définir notre sujet d'étude. Le terme « d'auteur de violence sexuelle » regroupe une hétérogénéité de représentations et de définitions. Lors de la conférence de consensus de 2001, la notion « d'auteur d'agression sexuelle » a été privilégiée par rapport au terme « d'agresseur sexuel » pour pouvoir faire référence au sujet dans sa globalité et amener à penser la prise en charge comme centrée sur l'individu et non pas spécifiquement sur le passage à l'acte. Au contraire la catégorisation pénale renvoie directement à l'acte pénalement sanctionné et ne recouvre ni la clinique psychiatrique, ni la psychopathologie.

## 2.1. Vers une définition pénale de l'Auteur de Violence Sexuelle ?

Les catégories pénales pouvant concerner les auteurs de violence sexuelle sont les suivantes :

**Le viol** défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. » (article 222.23 du Code Pénal)

Il est puni de quinze ans de réclusion criminelle, vingt ans en cas de circonstances aggravantes et trente ans s'il est accompagné de la mort de la victime. Il est puni de réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de torture ou acte de barbarie.

**L'agression sexuelle** (article 222.27 du Code Pénal) définie comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». La contrainte peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits ou de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime (article 222.22.1 du Code Pénal).

Elle est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, ou en cas de circonstances aggravantes jusqu'à dix ans et 150 000 euros d'amende.

La tentative de délit est punie par les mêmes peines.

**L'exhibition sexuelle** (article 222.32 du Code Pénal) est définie comme « imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public. »

Elle est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

**Le harcèlement sexuel** apparaît dans la nouvelle version du code pénal de 1994 (article 222.33 du Code Pénal) et correspond au « fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » « Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression

grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. »

Les faits de harcèlement sexuel sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende en cas de circonstances aggravantes.

## 2.2. Vers une définition psychiatrique de l'Auteur de Violence Sexuelle ?

La délinquance sexuelle peut également être envisagée d'un point de vue médical.

Dans la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM-10) publiée par l'OMS (15), les troubles pouvant concerner les auteurs de violence sexuelle sont classés parmi « les troubles de la personnalité et du comportement » sous le vocable de « trouble de la préférence sexuelle ».

Avec le manuel diagnostique établi par l'Association américaine de Psychiatrie à travers le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux), on parle de « paraphilies » (du grec para-, « auprès de, à côté de » et -philia, « amour » : attirance pour ce qui est déviant). Le terme de paraphilie apparaît avec la troisième version du DSM dans lequel il a été préféré au vocable de « déviance sexuelle » associé dans sa première version aux troubles de la personnalité et défini dans les versions suivantes comme un trouble de l'axe I. (16)

Les caractéristiques essentielles d'une *paraphilie*, selon le DSM-IV-TR (17), sont des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, et impliquant

- **des objets inanimés,**
- **la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire,**
- **des enfants ou d'autres personnes non consentantes.**

Les diagnostics de paraphilie peuvent être portés, lorsque les fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, les impulsions sexuelles ou les comportements décrits :

- surviennent de façon répétée et intense et s'étendent sur une période d'au moins 6 mois (critère A)
- sont à l'origine d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (critère B).

Le DSM IV-TR décrit ainsi huit désordres de ce type : l'exhibitionnisme, le fétichisme, le frotteurisme, la pédophilie, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, le transvestisme fétichiste et les « paraphilies non spécifiées » où sont classées les nombreuses autres paraphilies.

Le diagnostic de paraphilie a été modifié avec le DSM-5 (18) avec notamment une distinction entre les termes de paraphilie et de trouble paraphilique permettant la distinction nette entre un comportement sexuel atypique et un trouble mental.

Ainsi, pour parler de trouble paraphilique, les éléments suivants doivent être présents :

- Troubles à l'origine d'une détresse personnelle et pas seulement d'une détresse résultant de la désapprobation de la société,
- ou
- Avoir un désir sexuel ou des comportements sexuels entraînant la détresse psychologique, les blessures d'une autre personne, la mort, ou un désir de comportements sexuels impliquant des personnes non consentantes ou des personnes incapables de donner leur consentement légal.

Les paraphilies n'impliquent pas systématiquement un passage à l'acte ou une violence sexuelle. En effet, si la pédophilie ou l'exhibitionnisme peuvent conduire le patient à commettre des actes répréhensibles au regard de la loi, d'autres troubles paraphilies sont strictement d'ordre privé comme le fétichisme ou le transvestisme et

ne sont généralement pas associés à des actes illégaux (19). On peut souffrir d'un trouble paraphilique et ne jamais être passé à l'acte. Il n'y a donc pas de correspondance claire entre le délit tel que défini dans le Code pénal et le diagnostic de paraphilie. De même, le viol n'entre pas dans les classifications psychiatriques et est pourtant réprimé par la loi.

Il est donc risqué d'après nous de globaliser une clinique très hétérogène et de catégoriser les auteurs de violence sexuelle en tant que tels. Le terme de paraphilie, plutôt utilisé en psychiatrie anglo-saxonne, réduit le comportement déviant à un trouble de la sexualité. Or nous le verrons un peu plus loin, la clinique des AVS est souvent bien loin d'un trouble de la sexualité et doit alors être appréhendée comme une solution défensive pour maintenir un certain équilibre psychique ; il est essentiel de ne pas se focaliser seulement sur le symptôme (la déviance sexuelle) ce qui amènerait à en oublier le fonctionnement psychique sous-jacent. De même le terme de « perversion » est de moins en moins employé pour parler des AVS, en lien avec une approche clinique actuelle sous l'angle de l'Agir et de la violence et non plus seulement sous l'angle de la pulsion sexuelle.

Le psychiatre est alors amené à prendre en charge un individu qui se définit non plus par un état pathologique mais par un acte transgressif, problématique pour la société. L'important est donc de redonner du sens à la prise en charge de ces individus et ce à travers un élément fondamental en santé mentale, permettant de faire la distinction entre le normal et le pathologique : la souffrance psychique. On voit bien là que la question n'est pas simple non plus puisque dans le cas des AVS, ce critère est parfois inopérant puisque la souffrance n'est pas toujours au premier abord ressentie comme telle.

On constate que ces différentes catégorisations s'entrecroisent et se superposent et qu'il existe une intrication du pénal et du médical. La définition de l'Auteur de Violence Sexuelle est donc mal délimitée et fait appel aux champs de la santé et du pénal.

### 3. Contexte de promulgation de la loi du 17 juin 98 : fondements statistiques et sociaux

La question de la violence sexuelle représente un véritable problème de santé publique tant en regard des séquelles psychologiques qu'elle provoque sur les victimes que sur la nécessité de prise en charge des auteurs. Il s'agit d'un fait de société grave très nettement sous estimé.

Les sources concernant l'épidémiologie des violences sexuelles sont très hétérogènes et finalement peu d'études cliniques sont exploitables (du fait entre autres de biais méthodologiques importants).

Nous nous appuyerons dans ce chapitre sur les données référencées dans la conférence de consensus de 2001 « Psychopathologie et traitement des auteurs d'agression sexuelle » (20) et sur des données judiciaires (sources de la police, de la gendarmerie ou de la justice ou encore celles de l'observatoire national de la délinquance).

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux fondements statistiques ayant justifié la promulgation de la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » puis nous examinerons la situation actuelle.

Jusque dans les années 70, les affaires de violences sexuelles étaient souvent mises sous silence et la régulation de ces faits se faisait au sein des familles ou de l'entourage proche. Il y avait ainsi un très faible nombre de plaintes déposées et un encore plus faible nombre de condamnations. (21)

L'émergence des mouvements féministes a permis une modification de l'image de la femme et de sa place au sein de la société. En 1978, le dépôt de plusieurs projets de loi visant à réformer les articles du code pénal traitant du viol a permis de faire avancer la législation en matière de délinquance sexuelle : jusque là, le viol était défini selon une jurisprudence du XIXème siècle comme « un coït illicite avec une

femme qu'on ne sait point consentir ». La re-définition pénale du viol, telle que nous la connaissons actuellement « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. » (article 222.23 du Code Pénal) a élargi les actes considérés comme des viols :

- la disparition du terme « coït » a permis la reconnaissance de tout acte de pénétration,
- la reconnaissance des viols subis par les hommes a pu se faire,
- et enfin le retrait de la mention « illicite » a autorisé la reconnaissance du viol conjugal.

Ainsi entre 1980 et 1998 on constate une augmentation très importante du nombre de plaintes pour des faits de violence sexuelle : le nombre annuel de plaintes pour viol a été multiplié par 6 tandis que le nombre de plaintes pour agression sexuelle par 7 selon l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. (22) En parallèle, le nombre d'individus écroués pour viol entre 1980 et 1998 est passé de 1118 en 1980 soit 5,5% de la population carcérale à 6044 au 1<sup>er</sup> janvier 1998 soit 18,6% de la population carcérale. (23)

A la fin des années 1990, la part des violences sexuelles sur mineur représentait entre 60 et 65 % du nombre annuel de plaintes pour violence sexuelle. (24) Cette hausse des dépôts de plaintes, consécutivement à l'explosion des condamnations pour violence sexuelle envers les mineurs, ne s'explique pas forcément par une augmentation des faits de violence sexuelle mais plutôt par une « libération de la parole ». (25)

On peut donc supposer que le développement des droits des femmes et des enfants mais également le traitement de la question de la violence sexuelle par les médias (souvent sous l'angle de l'émotion et du sensationnel) a pu favoriser les dépôts de plainte par les victimes. Ce qui a permis une prise de conscience par la population et le législateur de la problématique des violences sexuelles faites aux enfants.

A partir des années 2000, on constate une baisse puis une stagnation du nombre de plaintes pour agression sexuelle. Cette tendance s'estompe à partir de 2006 pour les agressions sexuelles et 2010 pour les viols, puisqu'on assiste à une ré-augmentation du nombre des plaintes. Une baisse similaire à été constatée dans les années 90 aux Etats-Unis et pourrait s'expliquer par une meilleure identification des violences faites aux mineurs et ainsi une meilleure réponse des services sociaux et judiciaires. (26)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, on comptait 7641 individus écroués pour agression sexuelle ou viol, ce qui représentait 12,5 % de la population carcérale totale. Sur ces 7641 détenus, 59,9% d'entre eux avaient été condamnés pour des violences sexuelles sur mineur. (27)

Le taux de récidive chez les délinquants sexuels peut être considéré comme bas puisqu'il est de 2,7 % pour les viols et atteintes sexuelles alors qu'il est de 3,9% pour l'ensemble des crimes. Pour les délits sexuels, le taux de récidive est de 3,8% alors qu'il est de 8% pour l'ensemble des délits. (28) Les auteurs de violence sexuelle ne sont donc pas plus dangereux sur le plan criminologique que les autres délinquants ou criminels. Pourtant leurs actes, de par l'effroi et l'émotion qu'ils suscitent, amènent à un dispositif spécifique pour leur prise en charge.

#### **4. Les fondements psychiatriques de la loi du 17 juin 1998**

Nous nous intéresserons dans ce chapitre à l'appropriation de la question des violences sexuelles par la psychiatrie. Nous verrons ainsi le cheminement de la pensée ces trente dernières années d'une clinique de la perversion vers une clinique des Agirs.

Cette vision de la violence sexuelle sous l'angle du soin a permis de développer une prise en charge spécifique de cette population AVS. Nous examinerons également la place du psychiatre dans cette dénomination « auteur de violence sexuelle » où l'individu est qualifié par un acte défini lui même par un dysfonctionnement social sanctionné au niveau pénal.

## 4.1. D'une clinique de la perversion vers une clinique des Agirs

Ce chapitre engage une réflexion autour de la clinique des auteurs de violence sexuelle et plus particulièrement de son évolution au cours des trente dernières années. Nous nous attacherons à décrire la dynamique psychique de ces individus.

Il ne sera pas question dans cet exposé d'admettre que tel ou tel comportement sexuel inhabituel est *mal*, *contraire à la morale*, ni de « pathologiser » systématiquement les conduites sociales transgressives. Mais nous expliquerons de manière critique ce que le discours psychopathologique propose pour comprendre les comportements sexuels violents en nous fondant sur la clinique et sur les critères psychopathologiques.

La réflexion psychiatrique autour des auteurs de violence sexuelle s'est longtemps limitée à la notion de perversion, théorisant par là l'abstention thérapeutique dont les AVS ont longtemps « bénéficié ». L'évolution de cette réflexion et la recherche clinique dans les années 1990 ont permis une prise en compte de la personne humaine en souffrance et ainsi de rendre humanité et dignité aux auteurs de violence sexuelle.

### 4.1.1. Les perversions sexuelles

La perversion est définie comme une « déviation par rapport à l'acte sexuel « normal », défini comme coït visant à obtenir l'orgasme par pénétration génitale, avec une personne de sexe opposé » d'après Laplanche et Pontalis dans Vocabulaire de la psychanalyse. (29)

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, la pensée freudienne apporte une véritable rupture dans la conception de la sexualité avec la définition de trois organisations psychiques s'opposant les unes aux autres : névrose, psychose et perversion.

Freud a en effet d'abord inclus le terme de perversion seulement dans le champ de la sexualité pour ensuite l'étudier plus généralement dans une perspective psychogénétique de fixation et de régression. (30)

Dans sa conception du développement génital, Freud précise que la perversion « est partie intégrante de la sexualité normale » et que la « disposition à la perversion est la disposition générale originelle de la pulsion sexuelle, laquelle ne devient normale qu'en raison de modifications organiques et d'inhibitions psychiques survenues au cours de son développement ». (31) Il fait donc des perversions un avatar de la sexualité infantile.

Freud distingue ainsi les perversions d'objets et les perversions de but : (31)

- perversions d'objet concernant la situation ou la personne qui provoque l'attirance sexuelle : inceste, homosexualité, pédophilie, zoophilie, nécrophilie,...
- perversions de but concernant l'acte qui détermine la satisfaction sexuelle : sadisme, masochisme, exhibitionnisme, voyeurisme,...

La perversion correspond à une mise en acte dans laquelle une composante partielle du plaisir préliminaire devient le moteur de l'orgasme. La perversion est en lien avec une fixation exclusive à un mode de satisfaction infantile que le sujet devrait normalement dépasser.

Dans le contexte actuel moral, culturel et scientifique, la clinique de la perversion, en considérant l'homosexualité comme une sexualité déviante pose problème. Désormais la différence entre sexualité normale et pathologique doit être non plus déterminée sous l'angle du but ou de l'objet de celle-ci mais selon le mode relationnel. Le démantèlement progressif de la notion de « perversion » pour le remplacer par les notions de « paraphilie » (DSM V) ou de « trouble de la préférence sexuelle » (CIM 10) indique une véritable mutation du concept des troubles de la sexualité. On passe d'une sexualité pulsionnelle à une sexualité pensée dans sa relation à l'autre.

La sexualité normale s'envisage comme une recherche de plaisir dans le respect d'autrui. Claude Balier définit la sexualité comme « la capacité d'investir l'autre, de l'investir avec plaisir, de permettre des échanges et l'identification à l'autre [...] [la] sexualité [est] à concevoir dans son développement qui parvient jusqu'à l'investissement d'un objet au niveau génital, c'est-à-dire la capacité d'aimer l'autre réellement dans sa différence ». (32)

Et c'est bien là qu'apparaît toute la problématique des auteurs de violence sexuelle où l'altérité est déniée. La déviance sexuelle peut alors s'interpréter dans sa dimension relationnelle.

Prenons par exemple le cas de la pédérastie « attirance amoureuse ou sexuelle d'un homme pour les jeunes garçons, enfant ou adolescent (avec ou sans rapports homosexuels correspondant) » selon la définition du dictionnaire Trésor de la langue française informatisé. (33) Cette pratique est présente dans de nombreuses cultures à travers les siècles. Et bien que souvent admise, son caractère déviant a longtemps été envisagé dans sa dimension homosexuelle. Or aujourd'hui, la réélaboration du terme de pédophilie (« préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons ou de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge pré-pubère ou au début de la puberté ») insiste sur la non reconnaissance du caractère particulier de l'enfant : un être en devenir, dans l'incapacité de consentir et donc dénié dans sa qualité de sujet, ramené à un objet.

C'est ainsi que l'acte, « l'Agir » apparaît au centre de la réflexion. Ce n'est pas tant que l'individu ait des pulsions ou des fantasmes qui pose problème mais le fait qu'il les mette en acte.

#### **4.1.2. La notion de perversité**

Elle est à distinguer de la perversion. Comme le soulignait Mynard, « la perversité n'a point besoin d'être érogène et d'acquérir le statut de perversion pour exister, elle lui est antérieure [...] Elle est défense contre la menace que représente l'être de l'autre [...] et conséquemment un refus de lui accorder l'être ». (34)

Le « pervers-perversité » (Balier) ou le « perversif » (Racamier) a besoin de maîtriser, de dominer, d'avilir voire d'annuler l'autre dans le but de se protéger contre une angoisse innommable d'anéantissement. « La perversité s'inscrirait dans un registre d'une pure violence : l'écrasement de l'autre au profit d'une assomption narcissique » selon Balier. (35)

C'est dans le cadre de sa longue pratique en milieu carcéral que le Dr Claude Balier a ainsi proposé la notion de « perversité sexuelle » où la sexualité est mise au service de la violence et relève d'un « narcissisme à l'état pur ». (35) Dans la perversion, la violence est elle, mise au service de la sexualité avec un niveau développemental plus évolué où s'expriment des représentations, un scénario... Alors que dans la perversité, on est à un niveau beaucoup plus archaïque où la mentalisation est impossible.

On voit donc bien qu'il existe une intrication entre perversion et perversité sexuelle dans sa dimension majeure d'emprise narcissique. Ceci a permis à Balier de définir deux groupes nosologiques distincts : (35)

- la perversion sexuelle qui établit un mode de défense par rapport à l'angoisse de castration ou à l'angoisse de perte d'objet. Elle est construite le plus souvent sur « un scénario ludique » pour reprendre l'expression de J. Mac Dougall.
- « La perversion au premier degré » ou « perversité sexuelle » qui est caractérisée par une domination de la violence destructive par rapport au plaisir érotique.

Balier insiste sur la distinction (bien que ne s'y opposant pas) de cette dernière à la perversité narcissique, définie par Racamier, qui est décrite comme « une organisation durable caractérisée par la capacité et le plaisir de se mettre à l'abri des conflits internes et en particulier du deuil, en se faisant valoir au détriment d'un objet manipulé comme un ustensile ou un faire-valoir ». (36)

### 4.1.3. Le fonctionnement psychique des auteurs de violence sexuelle

On peut distinguer deux niveaux d'organisation mentale des agresseurs sexuels comme les a proposés Denise Bouchet-Kervella pour décrire les pédophiles extra-familiaux. (37) Ces éléments peuvent ainsi nous aider à comprendre le fonctionnement psychique des auteurs de violence sexuelle en général.

Nous pouvons donc distinguer :

Les individus dont les défenses sont fondées sur le recours à la destructivité dans le cadre de la perversité narcissique et de la psychose. Ces cas-là ont vécu une enfance massivement carencée en amour parental précoce, des expériences précoces catastrophiques ayant généré des angoisses innommables de néantisation, d'intrusion dans les relations à l'autre. Pour pouvoir malgré tout continuer à exister, malgré ces traumatismes psychiques irreprésentables, l'individu met en place des défenses drastiques tels que le clivage et le déni des affects de détresse. Ces angoisses peuvent être ranimées à travers la rencontre avec un enfant et effracter de manière brutale ce clivage protecteur de la cohésion du moi. Le risque d'identification confusionnelle à l'enfant fragile est annulé de manière radicale par l'affirmation d'une toute puissance phallique à travers le viol ou par la suppression de l'objet externe destructeur par le meurtre.

Les individus dont les défenses sont fondées sur le recours à l'érotisation dans le cadre de perversions sexuelles érotiques. Ces cas-là ont vécu durant leur enfance un amour parental/maternel discontinu ayant généré une pauvreté de l'estime de soi et un vacillement de la représentation identitaire notamment lors d'échecs relationnels. Ces traumatismes infantiles ont conduit à des défenses basées essentiellement sur le clivage oscillant entre déni et reconnaissance de la détresse narcissique et de la dépression ainsi que sur une quête incessante d'excitation sensorielle érotisée. Ainsi l'enfant-victime est surinvesti sur le plan narcissique et érotique comme double externe idéalisé déniait alors l'insupportable désintérêt de ses propres parents. Il existe également une confusion entre affectivité et sexualité visant à incarner une représentation idéale des échanges mère/enfant trop tôt perdus.

Pour Balier, « le problème n'est pas vraiment là, mais plutôt de bien identifier la violence dans ses diverses modalités ». (35,38) Il propose alors trois niveaux d'organisation des auteurs de violence sexuelle en se basant sur les travaux de P. Aulagnier :

Le premier niveau « originaire » qui correspond à « la perversité sexuelle ». Elle est très proche de la psychose. L'angoisse sous-jacente étant une angoisse innommable d'anéantissement. Dans ce contexte -là, il n'y a aucune représentation mais « une menace indicible d'aspiration par le vide ». Ceci étant lié à un défaut d'existence de l'enfant à travers le regard parental et plus particulièrement de la mère. Ainsi « le recours à l'acte, le clivage du Moi protège le sujet de la psychose ». Les agressions correspondant à ce type de fonctionnement psychique peuvent être les suivantes : les viols de femme adulte, les viols d'enfants, les viols suivis de meurtre, les sodomies de pères incestueux... Ce sont finalement les actes les plus violents.

Le second niveau « primaire » qui est marqué par la prise en compte d'une certaine réalité correspondant à une ébauche de l'identité. « La dynamique de l'acte est fondée sur la recherche du double, avec l'espoir de trouver l'amour de la mère qui n'a jamais comblé les attentes du sujet ». On est dans le registre du plaisir. Le scénario réduit la victime à l'état de chose destinée « à remplir la fonction de jeu répétitif de la pulsion [...] pour palier l'absence du double retournement. » L'objet est marqué par la fétichisation, il est alors interchangeable.

Les agressions correspondant à une telle organisation psychique sont celles des pédophiles se limitant le plus souvent à des attouchements, certains pères incestueux, des agressions sexuelles sur adultes sans recours au viol, ...

Le troisième niveau, « le secondaire ». C'est l'avènement du « Je » nous dit Aulagnier. Les interdits (meurtre, inceste,...) sont transmis par la mère, contribuant à l'édification d'un Surmoi. On est dans le champ du névrotique même si certaines carences sont colmatées par des fixations pédophiliques, non sans culpabilité.

Malgré le polymorphisme clinique des conduites des auteurs de violence sexuelle et la diversité des configurations psychopathologiques, un point commun est retrouvé

chez ces sujets : les troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de « solution défensive » par rapport à des angoisses majeures de la petite enfance concernant le sentiment identitaire. (37) Il n'y a finalement que très peu de sexualité dans la clinique des auteurs de violence sexuelle. (38)

La prise en charge thérapeutique s'appuiera sur ces différents niveaux d'organisation psychique et portera avant tout sur la restauration du narcissisme qui fait défaut chez ces individus.

#### 4.2. Les préconisations du rapport Balier

Comme nous l'avons vu plus haut, dans les années 1990, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la clinique et à la prise en charge de cette population auteur de violence sexuelle avec notamment la mise en place en 1991, par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice, d'un groupe de travail destiné à définir les possibilités de traitement et le suivi médico-psychiatrique des auteurs d'agression sexuelle. Il sera suivi par la mission d'évaluation et de proposition sur les traitements des auteurs d'agression sexuelle confiée au Dr Claude Balier à l'issue duquel sera rédigé le « Rapport Balier ». (39)

Le rapport « Balier » publié en 1996, sous la direction du Docteur Claude Balier, psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire, est le résultat d'une recherche de trois ans menée auprès de 176 agresseurs sexuels à travers les SMPR de toute la France. L'objectif de cette étude était d'avoir une meilleure compréhension de la criminalité sexuelle et ainsi d'améliorer l'efficacité thérapeutique envers cette population. La méthode est basée sur la passation d'un questionnaire, le QICPAAS (Questionnaire d'Investigations Cliniques Pour les Auteurs d'Aggression Sexuelle) et d'épreuves projectives.

Nous ne reprendrons ici ni les données épidémiologiques, ni les éléments psycho-pathologiques qui ont été développés dans les chapitres précédents. Ce rapport met en évidence plusieurs points sur lesquels vont s'appuyer les psychiatres

pour la prise en charge thérapeutique de leurs patients mais également le législateur pour promulguer la loi du 17 juin 1998.

La récidive sexuelle est un risque constant pour les auteurs d'agression sexuelle et occupe au moins la moitié des récidives. L'étude met en évidence que plus le nombre de récidive augmente, plus le risque de récidive sexuelle augmente. Chez les récidivistes, **les incarcérations ou condamnations n'ont provoqué aucune transformation psychique : en dehors du cadre juridique, il n'y a pas de demande de soin, pas de démarche thérapeutique** car les individus n'en ressentent pas le besoin.

Moins d'un Auteur de violence Sexuelle sur deux reconnaît le caractère délictueux de son acte et un sur deux ne perçoit ni le lien entre l'acte commis et l'incarcération, ni les conséquences de son acte sur la victime. Ceci indique la **nécessité de l'action judiciaire pour que la reconnaissance des faits puisse avoir lieu.**

Balier démontre que la condamnation est le moment le plus propice pour provoquer une demande de changement et de soin. En effet, celle ci représente un élément perceptif obligeant le sujet à entreprendre une démarche. Il est donc important **d'initier un processus de soins dès le début de l'incarcération et ainsi d'inciter le détenu, par différentes mesures, à des soins au cours de sa détention.**

De plus il apparaît nécessaire de maintenir un percept favorable à l'établissement des conditions d'un traitement ou d'un suivi : soit sous forme d'une « *obligation de soins* » soit sous celle d'une judiciarisation du suivi. Balier préconise donc **un suivi postpénal, judiciairement contrôlé.** Le « percept judiciaire » serait contenant pour le sujet, il lui permettrait de développer un environnement apaisant et sécuritaire, propice à un travail de mentalisation

Balier insiste sur la nécessité pour les professionnels de santé de différencier « le traitement » qui apparaît comme une relation de soin permettant au patient de

développer sa mentalisation et le « suivi » qui est le rappel qu'un travail psychique est à préserver. Le cadre social à travers les SPIP est alors primordial.

Enfin, Balier suggère de libérer le thérapeute de la liaison avec la justice et propose **l'introduction d'un médiateur dans cette relation duelle Santé/Justice**. Celui-ci pourrait avoir recours à la justice en cas de non présentation du sujet aux séances de soins et pourrait également tenir un rôle d'expertise concernant la durée du suivi.

Enfin cette étude met en évidence cinq indicateurs significatifs de bonne réponse à la prise en charge psychothérapeutique :

- la reconnaissance des faits reprochés
- le sentiment « d'anormalité » au moment de l'acte
- la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de leur acte
- le vécu de soulagement de l'arrestation
- la reconnaissance de l'exercice de la contrainte au moment de l'acte.

#### 4.3. Modélisation de l'injonction de soins par André Ciavaldini

André Ciavaldini est docteur en psychologie, psychanalyste et directeur de recherche à l'université Paris-Descartes. Il a beaucoup travaillé sur la question des auteurs de violence sexuelle. En 2009, au cours des journées nationales de l'ARTAAS, il a fait une intervention ayant pour titre « Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur de violence sexuelle ». Dans cette présentation, il tente de modéliser le dispositif d'injonction de soins qu'il qualifie de « soins en liberté ». Il part du présupposé qu'il y a trois temps pour qu'un tel soin fonctionne auprès des auteurs de violence sexuelle. Un premier temps qui correspond à celui d'un espace contraint, un soin libre dans l'espace carcéral. Un deuxième temps qui est un soin en liberté, en milieu ouvert. Et entre ces deux espaces, un troisième qui a une fonction de transition, de liaison et si possible de transmission. (40)

### ➤ **La loi un méta-cadre**

La Loi a pour fonction de poser les limites et de rappeler au sujet les Interdits. En contraignant un protocole thérapeutique, elle répond violemment à la violence des actes des Auteurs de Violence Sexuelle et provoque un temps d'arrêt à la répétition des passages à l'acte. L'individu va se trouver inscrit dans une nouvelle temporalité, celle du judiciaire.

La loi se constitue alors comme un cadre externe, un « méta-cadre » sur lequel va pouvoir s'appuyer le soin.

### ➤ **L'emboîtement des étayages**

Le premier niveau d'étayage des patients Auteurs de Violence Sexuelle est celui représenté par l'équipe de soin en milieu pénitentiaire. On peut espérer une intériorisation des modalités de fonctionnement du cadre de soin par le patient. La prise en charge pluridisciplinaire a ainsi pour objectif d'aider le patient à effectuer le mouvement psychique de différenciation entre la réalité objectale externe et sa réalité interne à travers le fonctionnement du service. Comme le fait remarquer Ciavaldini : « L'identification, à la capacité empathique de l'équipe à son envers, développe chez le sujet son répertoire d'affects qui inévitablement modifie sa position interne par rapport à son acte et à sa signification. »

Le second niveau d'étayage s'appuie sur les différents intervenants du dispositif d'injonction de soins, sur un maillage Santé-Justice. Au moment de la libération, le sujet va se trouver confronter « à une sorte d'éclatement de la contenance » : le cadre contenant des murs de l'institution carcérale et de l'équipe de soin va laisser place à un environnement fait de contraintes et d'obligations (judiciaires, sociales, sanitaires) souvent coupé de l'entourage familial, professionnel et social présent avant l'incarcération.

Le cadre judiciaire sert d'étayage au cadre de soin et il est nécessaire que ce dernier soit reconnu et validé par l'institution judiciaire. A ces deux cadres, s'ajoute un troisième, celui représenté par les travailleurs sociaux d'insertion et de probation.

Ce qui est réellement thérapeutique dans ce dispositif c'est l'alliance entre les trois cadres et surtout leur inter-contenance. Cette inter-contenance implique une porosité entre les différents intervenants où chacun devient un pôle d'étayage pour les autres.

#### ➤ **La promotion de la sécurité humaine**

Ce dispositif, ainsi modélisé, promeut la sécurité humaine : celle où tout citoyen est considéré comme le semblable de l'Autre. La prise en charge thérapeutique par le soin (dans un premier temps « forcé ») va permettre de développer cette sécurité humaine où le sujet narcissiquement renforcé n'aura plus besoin d'avoir recours à l'Autre comme une chose mais comme un semblable. Plus largement le thérapeute, par l'intermédiaire du dispositif d'injonction de soins, participe à la sécurité citoyenne, celle de notre vie en société.

### **4.4. Prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelle : traitements actuels**

#### **4.4.1. La psychothérapie**

Les types de psychothérapies proposées aux auteurs de violence sexuelle sont multiples : thérapies individuelles ou groupales, thérapie d'obédience psychanalytique, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies systémiques ou familiales, thérapies de soutien, etc...

En France, le modèle prédominant est celui issu d'un référentiel psychodynamique. Les psychothérapies proposées sont donc d'inspiration analytique mais on est bien loin de la psychanalyse proprement dite comme l'indique Balier : « Il est pratiquement impossible d'effectuer une psychanalyse répondant aux critères habituels – usage du divan, nombre et régularité des séances, durée de la cure – en milieu carcéral, pour des raisons pratiques. De plus, la nature de la pathologie ne s'y prête pas. Une analyse sans aménagement risque, en réactivant l'angoisse, de précipiter le passage ou le recours à l'acte ». (41) Balier

insiste sur la mise en place d'un cadre thérapeutique rigoureux : entretien en face à face, intervention active du thérapeute, équipe thérapeutique faisant fonction de tiers, nombre de séances aménagé. On parle alors de thérapie active. (42) La conférence de consensus de 2001 rappelle que « dans les thérapies psycho-dynamiques, l'objectif n'est pas de se focaliser principalement sur la prévention de la récidive, mais de travailler sur le risque de récidive par la clarification dynamique des situations à risque. » (20) Il est à noter que ce type de prise en charge n'a pas pu démontrer scientifiquement son efficacité en l'absence d'études cliniques fiables.

Les TCC sont les thérapies les plus étudiées dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle. Ces thérapies portent sur les distorsions cognitives, l'empathie envers les victimes et la prévention de la récidive. Plusieurs études suggèrent leur efficacité dans la prévention de la récidive. (43)

Au total, c'est l'expérience du professionnel et le patient qui vont guider la thérapie. Les prises en charge, quelles qu'elles soient, doivent favoriser un engagement relationnel, la mentalisation du patient et restaurer un narcissisme défaillant.

#### **4.4.2. Les traitements médicamenteux**

Le psychiatre peut être guidé dans sa prescription médicamenteuse auprès des auteurs de violence sexuelle par différentes recommandations publiées ces dernières années : « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineur de moins de 15 ans » publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009, « Guidelines for the biological treatment of paraphilias » (Recommandations pour le traitement médicamenteux des paraphilies) émises par the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) en 2010 et par « La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels » publiée par l'Académie de médecine en 2010. (44, 45, 46) C'est sur ces publications que nous allons nous appuyer pour décrire la prise en charge pharmacologique des auteurs de violence sexuelle. Les revues de la littérature et les différentes guidelines s'accordent sur le fait que les niveaux de preuves des études réalisées sont peu satisfaisants mais de

par l'expérience des prescripteurs sur plusieurs décennies, il existe un certain consensus entre les experts. (47, 48, 49)

### ➤ **L'hormonothérapie**

Elle est représentée par deux classes thérapeutiques, les anti androgènes et les analogues de la GnRH. Ces molécules ont des mécanismes d'action différents mais conduisent toutes deux à une réduction des pulsions libidinales et de la fonction érectile par une baisse de la testostérone.

Les anti androgènes : en France une molécule possède l'AMM dans cette indication, l'ANDROCUR (acétate de cyprotérone, comprimé à 100 mg). Il s'agit d'un progestatif de synthèse exerçant deux types d'action : une action périphérique en s'opposant à l'action des androgènes par inhibition compétitive de leur liaison aux récepteurs de la testostérone et une action centrale, anti-gonadotrope, par inhibition centrale de la sécrétion de LH entraînant alors une diminution de la sécrétion de testostérone par les testicules.

Les principaux effets indésirables retrouvés sous acétate de cyprotérone sont des troubles visuels et hépatiques, des accidents thromboemboliques, des migraines et céphalées. L'apparition de ces effets indésirables nécessite un arrêt du traitement. Sont également décrits de par leurs mécanismes inhibiteurs de la spermatogénèse, une impuissance, une gynécomastie, une prise de poids et une déminéralisation osseuse (avec risque d'ostéoporose).

Les analogues de la GnRH : en France une seule molécule analogue de la GnRH possède l'AMM depuis 2009 dans « la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelle chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères ». Il s'agit du SALVACYL (triptoréline LP 11,25mg). Ce traitement médicamenteux doit être associé à « une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement déviant » et sa prescription est réservée aux psychiatres. Cette molécule a une action centrale anti-gonadotrope.

Les principaux effets indésirables retrouvés sous analogues de la GnRH sont la gynécomastie, l'ostéopénie (avec un risque d'ostéoporose), les nausées et vomissements, les événements thromboemboliques, les bouffées de chaleur et l'hypogonadisme.

➤ **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**

Les ISRS ont un effet anti-libido qui serait lié à l'inhibition de la recapture neuronale de la sérotonine. Les molécules les plus souvent étudiées et prescrites dans le traitement des paraphilies sont la Fluoxétine et la Paroxétine. Les études montrent une diminution du désir ainsi qu'une diminution du comportement sexuel déviant. (50,51) La posologie efficace est généralement très élevée, jusqu'à parfois la posologie maximale. (52) Les ISRS malgré une efficacité démontrée dans la prise en charge des comportements sexuels déviants, ne possèdent pas d'AMM en France pour cette indication.

La durée des traitements n'est pas déterminée. Toutefois, il semblerait qu'un traitement minimal de trois à cinq ans soit nécessaire. (44)

Concernant les indications de traitements chez les auteurs de violence, nous pouvons retenir celles préconisées par la WFSBP qui insiste sur la nécessité d'une association du traitement médicamenteux et d'une psychothérapie. (42) Le choix du traitement dépend des antécédents du patient, de son adhésion aux soins et de l'intensité de ses fantasmes sexuels déviants. (44) Le traitement hormonal est indiqué chez des patients ayant une excitation ou un désir sexuel inapproprié intense et fréquent avec un risque de paraphilie sévère ; il doit être instauré quand les autres alternatives thérapeutiques n'ont pas montré d'effet ou bien quand il y a un risque élevé d'agression sexuelle. Le traitement par ISRS peut quant à lui être utilisé chez les patients avec un diagnostic de paraphilie associé à des troubles obsessionnels compulsifs ou un syndrome dépressif.

Un algorithme des thérapeutiques recommandées en fonction du niveau de prise en charge des auteurs de violence sexuelle est proposé par la WFSBP.

Dans tous les cas le consentement du patient est une nécessité et le traitement médicamenteux doit être associé à une psychothérapie.

## 5. Cadre légal de la loi du 17 juin 1998

Nous nous intéresserons dans ce chapitre au cadre légal de la mesure d'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » qui marque la volonté de la société, par l'intermédiaire du législateur, de renouveler l'approche en matière de récidive sexuelle avec une articulation de la peine et du soin, avec pour finalité la réinsertion sociale des condamnés et la prévention de la récidive.

Nous verrons comment en une dizaine d'années cette loi a évolué selon les politiques pénales des gouvernements en place. Tout d'abord, concernant le champ d'application du suivi socio-judiciaire, celui-ci ne concerne plus seulement les auteurs de violence sexuelle mais s'est étendu à d'autres faits. En effet, l'injonction de soins a intégré en décembre 2005, les violences sur les personnes telles que le meurtre par exemple et en mars 2007, les violences intrafamiliales. En 2007, la loi a permis de systématiser le recours à l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire. L'injonction de soins a ensuite été intégrée à d'autres dispositifs, hors du cadre initial de la peine de suivi socio-judiciaire, comme la libération conditionnelle et la surveillance judiciaire en août 2007 ou la surveillance de sûreté en février 2008. Enfin elle a permis, en 2007, au juge de l'application des peines de soumettre certains condamnés sortants à une injonction non précédemment prononcée.

### 5.1. Les cadres légaux d'application de l'Injonction de Soins

L'injonction de soins peut être prononcée à différents moments du parcours pénal du condamné et dans le cadre de différents dispositifs judiciaires tels que le suivi socio-judiciaire ou plus rarement, la libération conditionnelle, la surveillance judiciaire, la surveillance de sûreté et la rétention de sûreté.

### 5.1.1. Le suivi socio-judiciaire

L'article 131-36-1 du Code Pénal instaure le suivi socio-judiciaire qui « emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance ... ».

Le suivi socio-judiciaire est un dispositif de mesures de surveillance et de contrôle social exercé par les SPIP. Ainsi, selon l'article 131-36-2 du CP le sujet condamné à un suivi devra répondre à des obligations générales comme se rendre aux convocations du juge d'application des peines ou plus spécifiquement pour les auteurs de violence sexuelle : s'abstenir de paraître en tout lieu spécialement désigné notamment les lieux accueillant des mineurs, s'abstenir de fréquenter certaines personnes et notamment des mineurs, ne pas exercer d'activité impliquant un contact habituel avec des mineurs.

Le suivi socio-judiciaire ne peut être prononcé que par la juridiction de jugement et peut être prononcé comme peine complémentaire en matière criminelle ou comme peine principale dans le cadre de délits. Il est applicable depuis le 20 juin 1998 mais uniquement pour des faits commis à partir de cette date.

L'injonction de soins qui est la réelle nouveauté de la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » peut être prononcée dans le cadre de ce suivi socio-judiciaire (article 131-36-4 du CP). Depuis la loi du 10 août 2007 « renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », cette injonction de soins est automatiquement prononcée, sauf décision contraire du juge de l'application des peines, pour tous les condamnés pour lesquels un Suivi Socio-Judiciaire est encouru et après expertise médicale ayant déterminé que le mis en cause est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Le soin s'inscrit donc dans une complémentarité au SSJ, il n'est pas « une peine de soins » ou « une peine complémentaire de suivi socio-médical » comme l'avait présenté Mr Jacques Toubon dans son projet de loi en 1996. (53)

## ➤ **Les infractions punies dans le cadre du suivi socio judiciaire**

A sa création en 1998, le suivi socio judiciaire concernait uniquement des faits de criminalité ou délinquance sexuelles tels que le meurtre ou l'assassinat précédé ou accompagné de viol, de tortures ou d'actes de barbarie, le viol et les autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions sexuelles, les atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et les délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur.

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a étendu le champ d'application du suivi socio judiciaire (et donc substantiellement de l'injonction de soins) aux atteintes contre les biens et les personnes. Ont été ainsi ajoutés : assassinat, meurtres simple et aggravé, empoisonnements simple et aggravé, actes de torture ou de barbarie, enlèvement ou séquestration, destructions commises avec des moyens dangereux pour les personnes et diffusion de procédés de fabrication d'engins de destruction.

Enfin, la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a intégré au dispositif les violences intrafamiliales : violences sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité, proposition sexuelle par majeur à mineur de 15 ans avec moyen de communication électronique, violences dans le couple (par le conjoint ou ex-conjoint, le concubin ou ex-concubin, le partenaire ou ex-partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité).

### **5.1.2. Les autres champs légaux d'application de l'injonction de soins**

Depuis la loi du 10 août 2007 « renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs », le suivi socio-judiciaire n'a plus le monopole de l'Injonction de Soins. Celle-ci peut en principe être prononcée, sauf décision contraire du juge, dans le cadre de différentes mesures.

Ainsi, lorsque la personne a été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale a conclu à la possibilité d'un traitement, l'injonction de soins peut être prononcée dans le cadre d'un aménagement de peine.

Depuis 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, l'injonction de soins s'impose également dans le cadre de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté (art. 706-53-13 et suivants CPP et R. 53-8-40 et suivants CPP).

### ➤ **L'aménagement de peine**

Dans la perspective de la libération d'un condamné, et même si celui-ci n'a pas fait l'objet au moment du prononcé de la peine d'une mesure d'injonction de soins, le juge d'application des peines peut ajouter une mesure d'injonction de soins.

### ➤ **Les mesures de sûreté**

La rétention de sûreté et la surveillance de sûreté sont des mesures encourues pour des individus ayant été condamnés à des peines de réclusion criminelles d'une durée supérieure ou égale à 15 ans. Ces mesures s'appliquent de manière exceptionnelle à l'encontre des personnes pour lesquelles il a été établi, au terme de leur peine, qu'elles continuaient à présenter une « particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive », dans le cadre « d'un trouble grave de la personnalité ».

La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure. Elle est prononcée à l'issue de l'exécution de la peine privative de liberté si la cour d'assises a expressément prévu, dans sa décision de condamnation, que la personne pourra faire l'objet à la fin de sa peine d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté. Le placement en rétention de sûreté est proposé par la Commission Pluridisciplinaire des Mesures de Sûreté (CPMS) après

observation dans un service spécialisé. La décision de rétention de sûreté à l'encontre d'un condamné est prise par la Juridiction Régionale de Sûreté et est soumise à renouvellement chaque année.

La surveillance de sûreté quant à elle, peut être prononcée par la juridiction régionale de la rétention de sûreté à la suite d'une surveillance judiciaire, d'un suivi socio-judiciaire ou d'une rétention de sûreté. Elle s'exécute en milieu ouvert et consiste en un ensemble de mesures de contrôle et d'obligations qui s'appliquent au condamné. La mesure est prononcée pour un an et est renouvelable.

## **5.2. Les modalités d'application de l'injonction de soins**

L'injonction de soins est une mesure qui s'applique en post-sentenciel et donc exclusivement en milieu ouvert.

Même si la juridiction dispose d'un pouvoir d'appréciation entier, l'expertise médicale préalable est obligatoire dans le cadre de la prononciation d'une injonction de soins (article 131-36-4 du CP). Cette expertise peut intervenir à tous les stades de la procédure et se prononce sur l'accessibilité au traitement et sur la dangerosité de l'individu. L'expert est alors mandaté par le magistrat pour répondre à une mission.

Cette expertise s'inscrit dans une logique médicale implacable : en effet, comme toute démarche thérapeutique en médecine, l'indication d'un traitement est basée sur un examen clinique réalisé par un médecin. Avec la loi de 1998, on passe d'une expertise classique de responsabilité à une expertise de dangerosité voire d'une expertise à valeur thérapeutique. L'expertise devient « longitudinale » prenant en compte l'évolution des données scientifiques dans la prise en charge notamment des AVS mais surtout le cheminement personnel du condamné. La mission de l'expert de se prononcer sur la dangerosité de l'individu inscrit la mesure de SSJ dans le cadre d'une peine de sûreté.

### 5.2.1. L'incitation aux soins en milieu pénitentiaire

Le législateur a souhaité que les soins débutent dès la détention (article 131-36-4 du CP) : « Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine. » Tout au long de sa peine cette incitation est renouvelée au condamné au moins une fois par an par le juge d'application des peines (article 763-7 alinéa 2 du CPP).

Cette facilitation aux soins s'exerce de différentes manières :

Par le lieu d'accomplissement de la peine : celui-ci est prévu par l'article 763-7 du CPP qui énonce que l'exécution de la peine par des condamnés à un suivi socio-judiciaire se fait « dans un établissement pénitentiaire [...] permettant de leur assurer un suivi médical et psychologique adapté ». La répartition des condamnés dans les prisons établies pour peines s'effectue compte tenu de leur catégorie pénale, de leur âge, de leur état de santé et de leur personnalité (article 717-1 du CPP). Ainsi 22 établissements pour peine ont pour vocation d'accueillir les auteurs de violence sexuelle : ces établissements disposent de moyens sanitaires adaptés et d'une prise en charge pénitentiaire spécifique aux personnes détenues condamnées pour des faits de nature sexuelle.

Par l'information du condamné : le législateur a souhaité que l'information au détenu qu'il peut bénéficier de soins soit réaffirmée à différents moments du parcours judiciaire et carcéral. Tout d'abord, lors du prononcé de la condamnation de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, par le président du tribunal, en application de l'article 131-36-4 du Code pénal. Ensuite lors de l'exécution de la peine, par le juge de l'application des peines qui peut proposer un tel traitement à la personne condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru selon l'article 717-1 du code de procédure pénale. Enfin lorsque la personne a été condamnée à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, l'information est

délivrée immédiatement par le juge d'application des peines puis en cas de refus, au moins une fois par an, aux termes de l'article 763-7 du code de procédure pénale.

L'information est également délivrée par les acteurs du système pénitentiaire à travers le « circuit arrivant ». Ce circuit favorise la rencontre avec le dispositif de soins psychiatriques à travers le SMPR.

Par les remises de peine et la libération conditionnelle : c'est probablement la perspective d'un allègement de peine qui constitue un des leviers les plus importants pour amorcer une demande de soin. La loi prévoit avec l'article 721-1 du CPP qu'« une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale [...] Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé... ». Le médecin traitant du condamné délivre trimestriellement une attestation de suivi. Le condamné remet ces attestations au JAP, ce qui lui permet de se prononcer sur l'octroi de réductions de peine supplémentaires, d'une libération conditionnelle ou sur un éventuel retrait de peines. Ainsi l'incitation aux soins passe aussi bien par des mesures qu'on pourrait qualifier de coercitives que par des mesures incitatives.

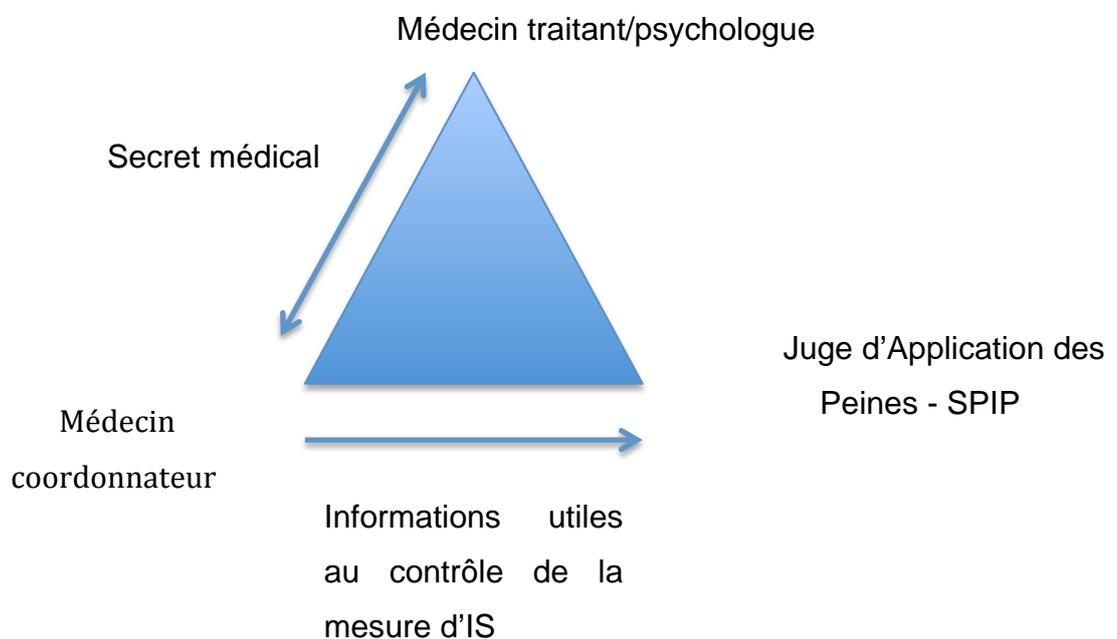
La loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, renforce encore cette incitation aux soins. En effet, son article 5 prévoit que les mêmes conséquences seront encourues par les personnes qui ne suivent pas régulièrement les soins proposés en détention et qu'elles avaient initialement acceptés. Ainsi, l'incitation aux soins prend une forme continue qui ne peut que renforcer son efficacité.

Par les expertises post-sententielles : le juge d'application des peines peut ordonner pendant la détention une expertise (article 763-4 du CPP), pouvant faire espérer au condamné un allègement dans l'exécution de sa peine.

Le dispositif juridique d'incitation aux soins en milieu fermé est désormais suffisamment développé pour atteindre une efficacité optimale sans pour autant faire peser sur le condamné une obligation légale. (53, 55, 56, 57, 58) La limite de ce dispositif se situe donc plutôt au niveau d'une faiblesse et d'une inégalité des moyens alloués aux services psychiatriques en milieu pénitentiaire. (55)

### 5.2.2. Une organisation triangulaire en milieu ouvert

Le législateur a souhaité une véritable collaboration entre la Santé et la Justice. Ce partenariat s'appuie sur une relation tripartite entre le médecin traitant, le juge d'application des peines et le médecin coordonnateur. (53, 55) Ce dernier faisant le lien entre le système de soin et le système judiciaire.



## ➤ **Le médecin coordonnateur**

Le médecin coordonnateur est désigné par le juge d'application des peines sur une liste prévue par l'article L. 3711-1 du code de la santé publique. Il reçoit la personne soumise à une injonction de soins au moins une fois par trimestre mais il n'interfère pas dans les soins.

Le médecin coordonnateur a cinq missions essentielles. Il se doit tout d'abord d'informer le condamné de l'exécution de la mesure d'injonction de soins ainsi que des rôles de chaque intervenant. Dans la mesure du possible, cette information 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 CPP, 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 doit également accompagner le condamné dans le choix de son médecin traitant (ou son psychologue traitant) et faciliter l'accès à celui-ci par la connaissance qu'il doit avoir du réseau des professionnels à proximité du domicile de l'intéressé. Le médecin coordonnateur peut refuser le choix du condamné de son médecin traitant ou de son psychologue traitant dans la mesure où il estime que le celui-ci n'est pas en mesure de conduire la prise en charge de cette personne.

Il a également un rôle d'information du médecin traitant quant au cadre juridique dans lequel il reçoit son patient et s'assurer de son accord par écrit à assurer la prise en charge dans les quinze jours à compter de la formalité d'information. La désignation du médecin traitant intervient dans la mesure du possible avant la libération du condamné détenu. Le médecin coordonnateur doit également informer le médecin traitant qu'il peut lui faire parvenir, à sa demande, les pièces du dossier et notamment les expertises et le jugement et qu'il peut le solliciter à tout moment pour une concertation, une question technique ou une difficulté.

La fin de la mesure d'injonction de soins, n'est pas systématiquement synonyme de l'arrêt des soins. En effet, le médecin coordonnateur se doit d'informer le

condamné de la possibilité de poursuivre sa prise en charge en dehors de tout cadre judiciaire.

Enfin, l'une des missions primordiales du médecin coordonnateur est de transmettre au juge d'application des peines au moins une fois par an un rapport avec tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins.

➤ **Le médecin traitant (ou le psychologue)**

Le médecin traitant assure l'accompagnement psychothérapeutique du patient et prodigue d'éventuels traitements chimiothérapeutiques. Ces derniers notamment les chimiothérapies hormonales sont toujours discutées, prescrites selon les données récentes de la littérature et avec le consentement libre et éclairé du patient. Le médecin traitant délivre les attestations de suivi régulier, permettant au condamné de justifier auprès du juge de l'accomplissement des soins (article L. 355-34 du CSP).

Le médecin traitant peut refuser de prendre en charge un patient en injonction de soins, que cela soit pour des raisons personnelles ou professionnelles (article 47 du Code de déontologie médicale - article R.4127-47 du CSP). Il se doit cependant d'assurer la continuité des soins et donc d'orienter ce patient vers un confrère.

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles en injonction de soins est finalement semblable à la prise en charge de tout autre patient. Elle suppose cependant quelques aménagements qui doivent tenir compte du fonctionnement psychique de cette population et de leurs mécanismes de défense, ainsi que du cadre socio-médico-judiciaire dans laquelle elle s'inscrit.

En cas d'interruption des soins, le médecin traitant peut informer le juge d'application des peines ou plus fréquemment en pratique le médecin coordonnateur sans que ne puisse lui être opposé la violation du secret médical (article L. 355-35 CSP).

## ➤ **Le juge de l'application des peines**

Sur le plan judiciaire, la personne condamnée à une injonction de soins est placée sous le contrôle du Juge de l'Application des Peines (JAP). Celui-ci a pour mission le rappel et le contrôle des obligations du condamné. Il convoque la personne condamnée pour lui rappeler les obligations auxquelles elle est soumise et lui notifier le cas échéant les obligations complémentaires qu'il ordonne. Il porte à sa connaissance les conditions de contrôle du respect des obligations et il lui indique le nom du médecin coordonnateur qu'il devra rencontrer dans un délai qui ne peut être supérieur à un mois.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est le JAP qui désigne le médecin coordonnateur en s'appuyant sur une liste de médecins psychiatres exerçant en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans ou ayant exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans, ou de médecins ayant suivi une formation appropriée. Cette liste est établie tous les trois ans par le procureur de la République (art. L. 3711-1, R. 3711-1 CSP).

Par ailleurs, le juge de l'application des peines peut à tout moment du suivi de la mesure d'injonction de soins, ordonner les expertises nécessaires pour l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée (art. 763-4 CPP). Si le condamné n'observe pas les mesures auxquelles il est soumis, le juge de l'application des peines peut délivrer un mandat d'amener ou un mandat d'arrêt, selon les distinctions prévues à l'article 712-17 du code de procédure pénale (art. 763-5 al. 2 CPP). Il peut également inscrire le condamné au fichier des personnes recherchées. En cas d'inobservation des obligations qui incombent au condamné, le juge de l'application des peines peut ordonner, après avis du procureur de la République, son incarcération provisoire (art. 712-19 CPP).

Enfin, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter les mesures de surveillance, les obligations et les mesures d'assistance, par une décision immédiatement exécutoire (art. 763-3 al. 1 CPP).

## ➤ **Le Service d'Insertion et de Probation (SPIP)**

Sa mission est de veiller au respect des obligations imposées au condamné dans le cadre de la mesure de suivi socio-judiciaire ou de tout autre mesure accompagnée d'une injonction de soins. Il aide également ce dernier dans sa réinsertion sociale et professionnelle. Le personnel d'insertion et de probation adresse chaque semestre au juge de l'application des peines un rapport de situation du condamné.

Une autre mission des SPIP est la mise en place de groupes de parole non thérapeutiques. Ceci s'inscrit dans une démarche de prévention de la récidive selon une perspective éducative. Au sein de ces groupes sont travaillés le repérage des situations à risque et la mise en place de stratégies afin d'éviter le passage à l'acte.

## **6. Articulation Santé-Justice, formation des professionnels : la création des CRIAVS**

Afin de garantir le suivi des Auteurs de Violence Sexuelle, on assiste à partir de 2005 à la création des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle (CRIAVS) selon le plan ministériel « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ». Ces centres ont été conçus pour développer les partenariats entre les intervenants chargés de la prise en charge des AVS. On compte actuellement 25 CRIAVS à vocation régionale, à travers la France. (55)

Ses principales missions sont :

- de structurer les liens entre les équipes sanitaires et les équipes judiciaires ainsi que celles pénitentiaires, dans le respect des rôles de chacun,
- de participer à la formation initiale et continue des professionnels intervenant auprès de la population Auteur de Violence Sexuelle,
- de constituer une ressource documentaire et bibliographique sur ces sujets,
- de développer la recherche sur ces questions,
- de promouvoir la prévention des violences sexuelles,

- et enfin de constituer un espace d'experts intervenant comme soutien auprès des équipes sur leurs questionnements et difficultés cliniques.

Il est à noter que les missions du CRIAVS ne comportent pas l'intervention directe auprès des patients auteurs de violence sexuelle.

## 7. Evaluation du dispositif d'injonction de soins : état des lieux et questions éthiques

Depuis sa promulgation en 1998, le dispositif d'injonction de soins a peu été évalué. C'est ce que constate le « Rapport sur le dispositif d'injonction de soins » publié conjointement par le ministère de la Santé et celui de la justice en 2011. (4)

Sur le plan statistique, les données concernant l'injonction de soins sont très insuffisantes et il n'existe pas sur le plan national de données permettant d'appréhender avec exactitude les injonctions de soins prononcées (59). Au 15 octobre 2010, on dénombrait 3791 injonctions de soins en cours d'exécution dont 3419 prononcées dans le cadre d'une condamnation pour violences sexuelles, soit 90,2 % des cas. La durée moyenne de la mesure de suivi socio-judiciaire était de 5 ans en 2010. (4)

Sur le plan pénal, aucune recherche n'a été menée concernant l'atteinte des objectifs fixés par la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » : par exemple à propos du taux de récurrence chez les Auteurs de Violence Sexuelle suivis en injonction de soins ou la réduction de la dangerosité criminologique chez cette population.

Sur le plan sanitaire, bien évidemment, l'évaluation de l'efficacité du dispositif diffère. Mais là aussi l'état actuel de la recherche ne permet d'avoir des éléments objectifs sur l'état de santé mentale et psychique de cette population suivie en injonction de soins.

Le « rapport d'évaluation du dispositif d'injonction de soins » préconise de développer la recherche à travers plusieurs pistes : (4)

**Recommandation n° 58.** Développer des recherches permettant de mesurer l'effet de l'injonction de soins sur l'état clinique de la personne prise en charge, en détention et pendant le déroulement de la mesure, notamment en demandant à titre systématique au médecin coordonnateur un rapport de fin de mission.

**Recommandation n° 59.** Encourager des études de cas anonymisés permettant d'analyser l'adhésion aux soins des personnes sous injonction de soins.

**Recommandation n° 60.** Conduire des recherches pour mesurer l'effet de l'injonction de soins sur la récidive en menant une étude longitudinale de cohortes selon des méthodes de mesure standardisées.

Or, les études cliniques ou revues de la littérature réalisées portent essentiellement sur le point de vue des professionnels sur le dispositif d'injonction de soins et notamment sur l'articulation entre la psychiatrie et la justice ainsi que ses enjeux. Plusieurs articles mettent en évidence les points problématiques sur le plan éthique émergeant de la loi, tels que le secret médical, le consentement du patient, l'absence d'une demande authentique, et enfin la médicalisation de la délinquance. (53, 58, 60, 61)

### ➤ **Le consentement**

La question du consentement aux soins est abordée dans la loi à travers l'article 131-36-4 du CP « le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement ». Avec la loi Guigou, c'est le juge qui doit s'assurer du consentement avant d'adresser le délinquant aux soins. Initialement, le projet de loi Toubon ne prévoyait pas de recueillir le consentement du condamné. Suite aux pressions médicales, la notion de consentement a été introduit même si celui-ci reste superficiel puisque l'article 131-36-4 du Code Pénal poursuit par « s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé [...] pourra être mis à exécution ». On est donc loin du « consentement libre et éclairé »

comme édicté dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé mais c'est ce consentement, qu'on peut qualifier de passif, le sujet étant porteur de la demande d'un autre, qui va amener l'individu aux soins et avec laquelle il va falloir travailler.

C'est donc avec cette réalité de départ, cette demande portée par un tiers, qu'il va falloir composer pour les thérapeutes. L'objectif étant que ces derniers accompagnent le sujet vers une position d'autonomie pour tendre vers une adhésion aux soins, au delà d'un simple consentement.

Freud a reçu Dora « sur ordre de son père » et précisait dans cette étude : « Il ne faut pas s'attendre, lorsqu'il s'agit de choses devenues pathogènes du fait de leur tendance à se cacher, à ce que les malades aillent les offrir d'eux-mêmes au médecin. » (62) « *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, étaient réputés, pour le plus grand nombre, inaccessibles aux soins psychiques. Elle rend possible [...] 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.* » (63)

Les soins pénalement ordonnés permettent de poser un cadre sécurisant où un espace de parole est possible. Cet espace passe inévitablement par l'instauration de la confidentialité.

### ➤ **Le secret médical**

Le secret médical est une prérogative du médecin, une contrainte imposée par l'éthique (article R.4127-4 du code de la santé publique : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ») et par la loi (article 226-13 du

code pénal). Il est la condition *sine qua non* d'une alliance thérapeutique et d'une relation authentique entre le patient et son médecin.

Le médecin traitant est habilité à contacter le médecin coordonnateur et le juge mais cela ne le délivre pas du secret professionnel. Il n'a pas à leur transmettre les informations médicales l'incitant à entrer en contact avec eux.

Cependant la fonction du secret médical dans la relation thérapeutique est de faciliter la verbalisation et non pas de couvrir les passages à l'acte. Comme pour tout médecin, l'article 226-14 du Code Pénal permet de rompre le secret chaque fois que le praticien a connaissance de sévices touchant des mineurs ou des personnes incapables de se protéger en raison de leur état physique ou psychique. De même, l'article 223-6 du CP dispose que quiconque s'abstient d'empêcher un crime ou délit, qu'il aurait pu éviter par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, est passible de poursuites pénales.

## 8. Problématique

Au regard de cet état des lieux et des recommandations citées précédemment, il nous a semblé important de s'intéresser aux auteurs de violence sexuelle condamnés à une mesure d'injonction de soins. **Quelle compréhension ont-ils du dispositif ? Comment vivent t-il cette mesure de soins pénalement ordonnés ? Quelles attentes en ont-ils ? Comment s'inscrivent-ils dans le soin ?**

En effet, cette mesure de soins pénalement ordonnés instaurée depuis maintenant un peu moins d'une vingtaine d'années a très peu fait l'objet d'études et celles-ci ne permettent pas de répondre à la question de son efficacité tant sur le plan pénal que sanitaire.

Un des objectifs du dispositif était de favoriser une inscription dans des soins : qu'en est il ?

Nous nous proposons de réaliser une étude qualitative analysant le discours des patients au vu de l'absence de travaux sur le sujet. Nous souhaitons apprécier la compréhension des patients concernant l'injonction de soins, recueillir leurs émotions et leurs ressentis vis à vis de cette mesure ainsi que leurs attentes.

Nous pourrions alors essayer de cerner leur investissement dans ce soin qui leur est ordonné par la justice.

## PARTIE II : MATERIEL ET METHODES

---

### 1. Objectif principal de l'étude

L'objectif de l'étude est d'explorer le vécu et la perception de la mesure de soins pénalement ordonnés par une population d'auteurs de violence sexuelle condamnés à un suivi socio-judiciaire assorti d'une mesure d'injonction de soins afin de comprendre leurs représentations du soin et in fine leur inscription dans ce soin qui leur est imposé.

### 2. La recherche qualitative

#### 2.1. Intérêt de la méthode de recherche qualitative

Le choix de la méthode de recherche qualitative a été retenu devant la nécessité d'explorer des phénomènes difficiles à objectiver. (64) L'approche qualitative s'enracine dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais elle *s'inscrit* dans une démarche interprétative à partir du recueil de données verbales.

La recherche est dite « qualitative » selon deux sens : tout d'abord dans le sens selon lequel les techniques et méthodes utilisées permettent le recueil de données qualitatives et ensuite parce que l'analyse des données se fait de manière qualitative avec pour objectif l'extraction de sens des données. L'ensemble de la recherche est mené selon une logique proche des personnes et de leur témoignage visant ainsi la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences.

L'analyse qualitative peut être définie comme une re-présentation et une transposition consciente et rigoureuse des discours, du système « moi-monde-autrui » dans l'optique particulier des sciences humaines et sociales, lesquelles s'efforcent de faire surgir le sens en le rendant compréhensible. Elle permet

d'explorer les émotions, les sentiments et les expériences personnelles et ainsi d'observer et de comprendre le sens d'un phénomène social en milieu naturel.

Nous avons choisi une approche qualitative car il s'agissait de se placer dans une logique compréhensive plutôt qu'explicative. Le choix d'un critère d'efficacité unique ne nous paraissait pas pertinent au vu de la complexité du phénomène à étudier.

## **2.2. Intérêt de l'entretien semi-directif**

Cette étude a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs individuels. Le choix des entretiens individuels semi-directifs a été réalisé pour permettre à chaque individu de s'exprimer librement et d'éviter l'enfermement de son discours dans un cadre. Cela permet l'accès à une parole spontanée, à un discours parlé, laissant la possibilité au patient de développer et d'orienter son propos, d'exprimer son vécu, ses ressentis et ses pensées. La subjectivité est ici toute présente, assurant en parallèle à l'investigateur une position neutre et un accès à des thèmes prédéfinis.

## **2.3. Choix de la grille d'entretien**

La grille d'entretien a été pensée en deux parties (Annexe 1) :

Une première partie permettant un recueil des données sociodémographiques tels que l'âge, la profession, la situation familiale, le niveau d'étude et d'un recueil des données concernant l'acte pour lequel est encourue l'injonction de soins, le parcours pénal/carcéral et le parcours de soin.

Une deuxième partie explorant les représentations du dispositif d'injonction de soins par les patients en se focalisant sur cinq axes de réflexion principaux. Ces cinq thématiques ont été choisies selon les bases théoriques à partir desquelles a été pensé le dispositif de soins pénalement ordonnés.

- la compréhension par le patient du dispositif de soins sous contrainte et de ses enjeux,

- son vécu de la mesure d'injonction de soins,
- son positionnement face aux Soins et à la Loi,
- son investissement/appropriation du soin et
- les propositions d'amélioration du dispositif.

#### **2.4. Passation des entretiens**

Le patient est rencontré en entretien par l'investigatrice. Il lui est demandé d'exprimer son expérience de la mesure d'injonction de soins selon les cinq axes prédéfinis. Il est précisé au patient que l'importance est donnée à son discours et ses ressentis, qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Il est également indiqué que toutes les informations le concernant seront conservées de manière anonyme et confidentielle. Le patient est ainsi informé que tout ce qui sera dit au cours de l'entretien n'interférera en aucun cas dans son suivi et que l'investigatrice n'a aucun lien avec les intervenants dans sa prise en charge.

Les données sont recueillies avec un dictaphone, avec l'accord du patient, afin de faciliter les échanges et de favoriser le discours spontané tout en recueillant l'intégralité du matériel pour le traitement ultérieur des données.

#### **2.5. Retranscription des entretiens**

Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone et retranscrits de façon exhaustive de manière dactylographiée (y compris les hésitations, les rires, les silences ainsi que les relances de l'investigatrice). Il est à signaler que dans la retranscription des entretiens, le nom du psychiatre traitant est remplacé par la lettre « P » et celui du médecin coordonnateur par les lettres « MC » pour garantir l'anonymat des participants et celle des intervenants au sein du dispositif. Les entretiens sont retranscrits en annexe.

### **3. Protocole de l'étude**

#### **3.1. Recrutement des participants**

Les différents sites de recrutement et des entretiens sont les suivants :

- Pôle de Psychiatrie Générale «Rive gauche» : CMP des secteurs 1, 2 et 6.
- Pôle de Psychiatrie Générale « Rive droite Nord-Est » : CMP des secteurs 3 et 8.
- Pôle de Psychiatrie Générale « Rive droite Sud-Est » : CMP des secteurs 4 et

#### **3.2. Population de l'étude**

##### **3.2.1. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- les individus majeurs,
- condamnés à une injonction de soins pour des faits d'agression sexuelle et
- suivis par les CMP de l'hôpital Marchant.

##### **3.2.2. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- les individus sous mesure de protection curatelle ou tutelle,
- les individus non francophones
- les individus présentant un retard mental ou un trouble cognitif
- les patients hospitalisés.

### **3.2.3. Période d'inclusion et nombre de participants à l'étude**

L'étude se déroule sur une période de 6 mois, de janvier 2016 à juin 2016. L'étude qualitative ne requiert pas un nombre minimum de sujet à inclure.

### **3.3. Ethique**

Chaque participant de l'étude a signé un formulaire de consentement concernant sa participation à l'entretien et au recueil des données. (Annexe 2)

L'investigatrice de l'étude a soumis le protocole au comité d'éthique de l'hôpital Gérard Marchant qui a rendu un avis favorable le 30 octobre 2015.

### **3.4. Présentation du recueil des données**

#### **3.4.1. Recueil des données sociodémographiques**

Le recueil des données sociodémographiques est réalisé par l'investigatrice de l'étude avant l'entretien semi-directif.

Il concerne : l'âge, le sexe, la situation professionnelle et la situation familiale.

#### **3.4.2. Recueil des données concernant les parcours pénal et sanitaire**

Le recueil des données concernant les parcours pénal et sanitaire nous a paru primordial pour comprendre la place du soin et des faits reprochés dans le parcours de vie du patient. Ce recueil concerne :

- La nature de l'acte pour lequel l'injonction de soins a été prononcée,
- La reconnaissance ou non des faits pour lesquels le sujet a été condamné,
- Le parcours judiciaire et carcéral :

- La présence d'antécédents judiciaires et notamment de faits de violence sexuelle
  - La durée de la peine privative de liberté
  - La durée de la peine de suivi socio-judiciaire
  - La participation au cours de la détention de groupes de SPIP de prévention de la récidive
- Le parcours de soin :
- Les antécédents psychiatriques (suivi, hospitalisation,...)
  - La prise en charge psychiatrique/psychologique au cours de la détention par les SMPR
  - La prise en charge actuelle par les structures de soin psychiatrique : type de prise en charge, fréquence
  - Le diagnostic actuel
  - Le traitement médicamenteux actuel
  - La durée de l'injonction de soins au moment de l'étude

Il est ensuite demandé au sujet s'il aurait rencontré un psychiatre à sa sortie de détention s'il n'y avait pas été contraint par l'injonction de soins posée par le juge.

### **3.5. Schéma général d'inclusion des participants**

Le recrutement se fait à partir des données du DIM qui sélectionne sur les dossiers patients du logiciel « Cortexte » les codes Z046 correspondant aux codages des patients suivis dans le cadre des soins pénalement ordonnés. L'investigatrice contacte par mail ou par téléphone les psychiatres des CMP de l'hôpital Marchant prenant en charge les patients auteurs de violence sexuelle suivis en injonction de soins pour leur présenter l'étude.

Les patients correspondant potentiellement aux critères d'inclusion de l'étude sont sélectionnés par les médecins des CMP, puis adressés à l'investigatrice qui

vérifie les critères d'inclusion et de non inclusion et secondairement contacte les patients par téléphone pour leur proposer une rencontre.

## 4. Traitement des données

### 4.1. Analyse du contenu

L'analyse du contenu apparaît comme « un ensemble des techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages ».

La méthodologie d'analyse thématique utilisée dans cette recherche est celle décrite par Laurence Bardin dans son ouvrage : « Analyse de contenu » (65), ainsi que par P. Paillé et A. Mucchielli dans leur ouvrage : « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales ». (66)

L'analyse du contenu correspond à un effort d'interprétation qui se balance entre d'une part la rigueur de l'objectivité et d'autre part la fécondité de l'objectivité. Elle s'organise autour de trois phases chronologiques : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats à travers l'inférence et l'interprétation.

#### 4.1.1. La pré-analyse

Il s'agit de l'étape préliminaire d'organisation et d'intuition. Cette phase a généralement trois objectifs : le choix des documents à soumettre à l'analyse, la formulation des hypothèses et des objectifs et l'élaboration d'indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation.

- La préparation du matériel : chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit de manière dactylographiée le plus fidèlement possible.

Chaque retranscription constitue un verbatim et l'ensemble des verbatim correspond au corpus de l'étude.

- La lecture « flottante » : elle consiste à se mettre en contact avec les documents de l'analyse en laissant venir à soi les impressions et les orientations. C'est à partir de cette lecture que va se construire l'objet de la recherche et que va être délimité le champ d'investigation.

#### 4.1.2. L'exploitation du matériel

L'exploitation du matériel consiste en une analyse thématique. Celle-ci permet de dégager des thèmes en lien avec la question de recherche.

##### ➤ **Le codage**

Le codage *permet* la transformation de données brutes en unités conduisant à une représentation précise et pertinente du contenu.

Le verbatim a été découpé en « unités de sens » qui se définissent selon A Gotman et A Blanchet par « un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche ». (67)

Nous avons attribué à chaque unité, un code reprenant le sens. Lorsque d'autres verbatim étaient porteuses du même sens, celles-ci étaient rattachées au même code.

##### ➤ **La thématisation**

La thématisation consiste au regroupement des différents codes dont le sens est similaire pour aboutir à des thèmes communs.

Dans cette recherche, n'avons pas défini de thèmes en amont, ceux-ci se sont construits au fur et à mesure de notre analyse. De plus, nous n'avons pas pris en

compte la fréquence d'apparition d'un thème au sein d'un verbatim mais son absence ou sa présence. Par contre, la répétition d'un thème au cours de différents entretiens est elle, comptabilisée.

➤ **La catégorisation**

La catégorisation est une opération de classification d'éléments par analogie, sous un titre générique, d'après des critères préalablement définis.

## PARTIE III : RESULTATS

---

### 1. Présentation de la population

Les inclusions se sont déroulées de décembre 2015 à juin 2016. Selon les données du DIM, d'après les codages du logiciel « Cortexte », **38 patients** étaient suivis sur les CMP du Centre hospitalier Gérard Marchant dans le cadre d'une injonction de soins pour des faits de violence sexuelle au 1er décembre 2015. Nous avons à partir de ces données inclus 31 patients. Les trois patients qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion étaient les suivants : deux patients hospitalisés au moment de la période d'inclusion (un en hôpital psychiatrique et l'autre en hôpital général) et un patient réincarcéré. 4 patients n'étaient plus suivis sur les CMP.

Sur les 31 patients inclus dans cette étude, **12 ont participé aux entretiens semi-dirigés**. Concernant les 19 autres patients, 4 ont refusé auprès de leur psychiatre traitant de participer à l'étude et 4 patients ne se sont pas présentés à l'entretien avec l'investigatrice. Pour les 11 patients restant, les psychiatres traitants n'ont pas répondu à nos sollicitations.

Les patients ont été inclus au sein des différents lieux d'inclusion selon la répartition suivante (tableau 1) :

Tableau 1 : Répartition des patients selon le site de recrutement

	n
CMP « Villa Albert » - S1	1
CMP de Muret - S1	1
CMP « Arènes » - S2	1
CMP de Nailloux - S4	1
CMP « Saint Sauveur » - S4	1
CMP « Saint Michel » - S5	3
CMP de Colomiers – S6	3
CMP « Arènes » - S6	1

### 1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les données sociodémographiques sont résumées dans le tableau 2.

La population étudiée était exclusivement masculine.

L'âge moyen des sujets était de **50,5 ans** avec un intervalle d'âge allant de 28 ans pour le plus jeune à 76 ans pour le plus âgé. L'âge médian était de 49 ans.

Concernant le statut familial, **91%** (n=11) des patients étaient célibataires. **75%** (n=9) des participants étaient père d'au moins un enfant avec une moyenne de 6,4 enfants par individu. L'intervalle allant d'un seul enfant pour 3 patients à 14 enfants pour un des participants. La médiane étant de 2 enfants par individu.

En ce qui concerne le statut professionnel, **50%** (n=6) des patients étaient sans emploi, **25%** (n=3) avaient une activité professionnelle et **25%** (n=3) étaient à la retraite

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participants à l'étude

	n
<b>Statut marital</b>	
Célibataire	11
Marié	1
<b>Nombre d'enfant</b>	
Sans enfant	3
1 à 2 enfants	6
3 à 4 enfants	1
> 5 enfants	2
<b>Statut Professionnel</b>	
En activité	3
Sans emploi	6
Retraité	3

## 1.2. Caractéristiques des parcours de soin

Concernant le parcours de soin avant l'incarcération, 25% de notre échantillon, soit 3 patients, avaient présenté un antécédent psychiatrique à type d'épisode dépressif majeur. Parmi eux, un seul avait été hospitalisé en psychiatrie (au moment de la dénonciation des faits pour lesquels il a été condamné).

Au cours de leur incarcération, **100 %** des patients avaient bénéficié d'un suivi psychiatrique. 4 étaient suivis seulement par un psychiatre, 6 avaient un suivi conjoint par un psychiatre et un psychologue et 2 étaient suivis uniquement par un psychologue.

Concernant la prise en charge actuelle, 9 patients sont suivis exclusivement par un psychiatre, 2 bénéficient d'un suivi conjoint par un psychiatre et un psychologue

et un patient a un suivi pluridisciplinaire incluant un psychiatre, une infirmière et une prise en charge en CATTP.

Deux des patients de notre étude ont un diagnostic psychiatrique posé : l'un présente un trouble grave de la personnalité non spécifié et l'autre un trouble anxieux généralisé associé à un épisode dépressif majeur dans le cadre d'un trouble de la personnalité non spécifié.

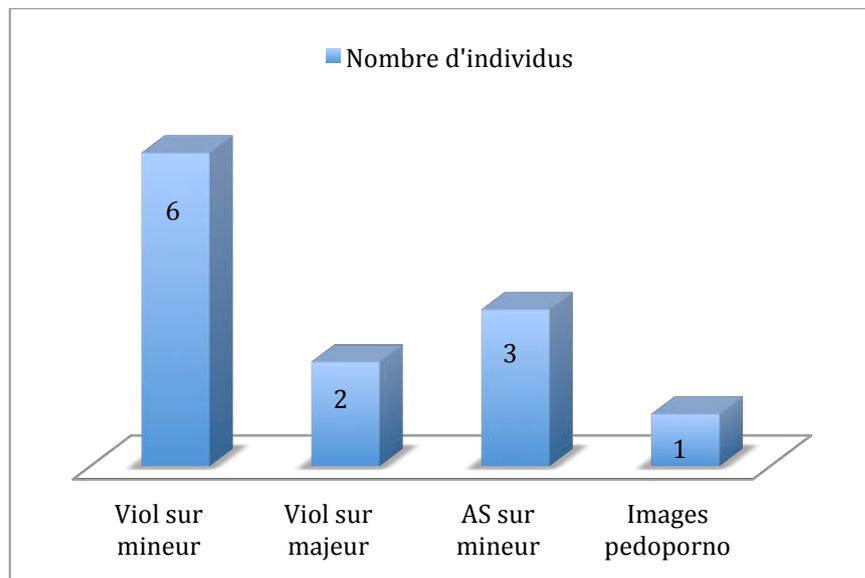
Enfin, seulement deux patients sont sous traitement médicamenteux : l'un sous traitement psychotrope (antidépresseur et benzodiazépine) et l'autre sous traitement hormonal.

### **1.3. Caractéristiques des parcours judiciaires et carcéral**

Les motifs d'incarcération déclarés par les participants à l'étude étaient multiples et sont résumés dans la figure 2. Il s'agissait dans 50% (n=6) des cas de viol sur mineur, dans 16,6 % (n=2) de viol sur majeur (dont un cas de viol sur majeur vulnérable), dans 25% (n=3) d'agression sexuelle sur mineur et pour 8,4% (n=1) de l'échantillon de détention d'images pédopornographiques.

Dans 75% des cas (n=9) l'individu avait reconnu les faits au moments du procès, pour 8,4% (n=1) cette reconnaissance était partielle et deux individus soit 16,6% de notre échantillon ne reconnaissait pas les faits pour lesquels ils avaient été condamnés.

Figure 2 : Répartition selon le type d'infraction



Concernant les antécédents judiciaires, **25%** (n=3) de participants étaient récidivistes pour des affaires de mœurs.

Les individus de notre étude avaient effectué en moyenne une peine de prison d'une durée de **7,1 ans** pour la condamnation ayant conduit au prononcé de l'injonction de soins actuelle. La peine effective la plus faible était de 6 mois et la plus longue était de 14 ans. La médiane était de 7 ans.

Durant leur peine d'incarcération, 25% des condamnés (n= 3) avaient participé à des groupes de prévention de la récidive mis en place par les SPIP.

#### 1.4. Données concernant l'Injonction de Soins

Les participants à notre étude étaient condamnés à des durées variables de suivi socio-judiciaire. Pour un des patients, le suivi socio-judiciaire prononcé l'était à **vie**. Pour les 11 autres individus, la durée moyenne de l'injonction de soins prononcée était de **7 ans** avec un intervalle allant de 5 ans pour la plus faible condamnation à 15 ans pour la plus longue. La médiane était de 5 ans.

La durée depuis laquelle les participants à l'étude étaient suivis en injonction de soins était en moyenne de **3,5 ans** avec un intervalle allant de 1 an à 7 ans. La médiane était de 3 ans.

Avant de passer à l'entretien semi-dirigé proprement dit, il était demandé aux participants si en l'absence de cette mesure d'injonction de soins, ils auraient rencontré un psychiatre :

- 41,6% (n=5) des individus ont répondu que oui, ils auraient poursuivi les soins en milieu libre.
- 41,6% (n=5) n'auraient pas souhaité rencontrer un psychiatre à leur sortie de détention
- et pour 16,8% (n=2) d'entre eux, la réponse n'était pas évidente « peut-être, je sais pas », « c'est pas sûr ».

## 2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens

Les 12 entretiens retranscrits à partir desquels nous avons réalisé notre analyse qualitative sont disponibles en annexe (Annexe 3).

Nous allons développer une première partie sur la compréhension du dispositif d'injonction de soins par les patients condamnés à suivre cette mesure. Nous analyserons dans un second temps leur vécu de cette mesure. Puis nous nous intéresserons à leurs attentes concernant l'injonction de soins et nous verrons ensuite leur perception de l'indication et de l'intérêt de la mesure de l'injonction de soins pour eux-mêmes ainsi que pour les autres.

### 2.1. Compréhension du dispositif d'injonction de soins

Pour la majorité des patients interrogés, soit 6 patients, l'organisation du dispositif d'injonction de soins reste vague. Celle-ci est peu comprise et le rôle de chaque intervenant n'est pas bien saisi. Pour quatre des participants à l'étude, l'organisation

du dispositif est bien intégré : ils en comprennent les enjeux et les rôles de chaque intervenants.

A contrario pour deux patients, le dispositif est totalement incompris jusqu'à ne pas connaître le nom de la mesure à laquelle ils ont été condamné :

*« Je sais pas là, aucune idée. Une injection de soin... une piqûre ? »*

Entretien 7

### 2.1.1. Le « décideur »

La prononciation de la mesure d'injonction de soins par la **justice** est dans l'ensemble bien comprise par les patients.

*« Moi ça a été ordonné au tribunal quand je suis passé aux assises. »*

Entretien 8

*« Je crois qu'à la base c'est le procureur. A la base c'est le procureur qui prend la décision, qui transmet au juge d'application des peines. C'est la chaîne de commandement disons le. »* Entretien 10

### 2.1.2. Les enjeux du dispositif d'injonction de soins

L'enjeu principal mis en avant par les patients est le **retour en détention** si la mesure d'injonction de soins n'est pas respectée.

*« On a toujours cette épée de Damoclès ; si je vais pas à ce suivi qui m'a été ordonné forcément qu'on va me réincarcérer. Y'a pas photo. »* Entretien 9

*« Maintenant y'a toujours le comment dire, le couperet au dessus de la tête. Si je venais à faire un écart, ben badaboum, ce qui est tout à fait logique. Mais y'aura pas d'écart. »* Entretien 10

*« J'ai pas envie de retourner à la case départ. Je vais toujours de l'avant. Je sais que si je suis pas l'injonction, je risque de retourner en prison pour au moins deux ans. »* Entretien 11

Ce retour en détention est évoqué plusieurs fois avec des métaphores liées aux armes (*le couperet, l'épée de Damoclès*).

### 2.1.3. Le psychiatre traitant

Le psychiatre traitant est bien repéré par tous les patients. Les participants aux entretiens décrivent plusieurs rôles des médecins traitants : celui qui est le plus fréquemment mis en avant est le rôle médical et psychothérapeutique. La place du psychiatre traitant au sein du dispositif d'injonction de soins et notamment la question du secret médical et des relations Santé-Justice est parfois difficilement intégré par les patients. Enfin le psychiatre a un rôle que l'on pourrait qualifier de « social » puisque pour 4 patients, il a une fonction dans la prévention de la récidive.

#### ➤ Un rôle médical et psychothérapeutique

Le rôle soignant au sens propre du terme « être dans le soin » est mis en avant par 10 des patients. Les patients décrivent qu'ils peuvent trouver auprès de leur psychiatre une écoute et des conseils. Celui-ci aide également à l'élaboration et encourage à la verbalisation.

*« M'écouter, me conseiller des fois. Euh souvent m'écouter, essayer de m'apporter de nouveaux axes de réflexion, surtout au début. Maintenant un peu moins. Vérifier que tout aille bien dans ma vie et du conseil »* Entretien 3

*« Et puis ça me fait du bien franchement ça me fait du bien. Pas que le médecin m'apporte une solution miracle, y'en a pas. Mais le fait d'être écouté, quelques suggestions. Est ce que ceci, est ce que cela. »* Entretien 10

Pour deux patients, le psychiatre traitant a également un rôle de prescripteur de traitements médicamenteux.

*« Le psychiatre ? Ben c'est... son rôle c'est je sais pas, je pense que c'est de voir l'évolution, me traiter, me donner des traitements qu'il estime que j'ai besoin puisque c'est un psychiatre quand même c'est pas un psychologue. »*

Entretien 9

*« Le psychiatre c'est mieux. Si y'a un problème... moi j'aime bien parler avec la psychiatre. Elle me l'a dit, si y'a un problème, eux ils peuvent donner des médicaments si y'a quelque chose. Les psychologues ils peuvent pas. »*

Entretien 7

Pour un patient seulement, le psychiatre n'a pas un rôle de soignant :

*« Mais non, c'est pas du soin. Mais qu'est ce que vous entendez par soin ? C'est ça que j'arrive pas à comprendre. Pour moi, je vois mon docteur, mon diabétologue qui me donnent des médicaments, qui me font mes analyses. Là ça c'est des soins mais dans mon cas. »* Entretien 11

### ➤ **Une place au sein du dispositif d'injonction de soin du côté du Soin**

L'articulation du psychiatre avec le médecin coordonnateur est peu évoquée par les patients (seulement deux des participants en parlent). Les modalités de cette articulation sont souvent peu comprises avec notamment l'idée que le psychiatre rend directement des comptes au médecin coordonnateur par l'intermédiaire de rapports.

*« Ce qui était tenu par le secret médical, restait dans le secret médical. Et qu'elle faisait un rapport à Mr MC qui était lui aussi médecin, était aussi tenu au secret médical mais qu'il devait faire un rapport mais qui n'allait en aucun, il n'y avait aucun mot de ma bouche... Voilà. »* Entretien 3

*« Le psychiatre doit rendre des rapports au médecin coordinateur, qui lui doit rendre des comptes au juge d'instruction [...] Dr P il va lui faire un rapport ce soir ou demain comme quoi je veux arrêter et lui il va le transmettre au juge, c'est son boulot. Je vois rien de néfaste là dedans, c'est son taf, c'est son taf.»*

Entretien 9

Les relations du psychiatre avec la justice sont ambiguës et pas toujours bien appréhendées par les patients.

Pour trois des participants aux entretiens, le psychiatre n'a aucun lien avec la justice.

*« C'est pour ça que j'ai posé des questions à tout le monde : savoir qui pouvait ... m'apporter des ennuis, enfin entre guillemets. Et je pense que c'est important de pouvoir, Dr P me l'a expliqué assez rapidement, qu' elle, elle était médecin, que la justice n'avait rien à lui dire [...] Aucun compte à lui rendre, que je pouvais lui dire ce que je voulais. »* Entretien 3

*« Alors que le psychiatre, Mr P lui ne fait pas du tout de rapport en principe puisqu'il est neutre, qu'il n'a rien à voir avec l'institution judiciaire. Il est là juste pour les soins [...] Il est dans l'anonymat, il n'a pas de comptes à rendre à la justice »* Entretien 9

Pour au moins trois patients, le psychiatre est en lien avec le juge. Et ce qui est important à noter c'est que cette proximité avec le juge leur serait dissimulée.

*« Je pense aussi que le Dr P qui est simple psychiatre, je sais qu'elle fait son rapport pour elle et je sais très bien même si on me dit que c'est pas vrai, je sais très bien que les trois ils font un rapport au juge disant « Ouai Mr Untel ou Mme Untel est venu, ça se passe comme ça, comme ça et voilà. »* Entretien 8

La question du secret médical est évoquée par quatre patients. Les participants à l'étude repèrent bien la nécessité du secret médical et du fait qu'il s'agisse pour leur médecin d'une obligation éthique.

*« Ce qui était tenu par le secret médical, restait dans le secret médical. »*

Entretien 3

*« Normalement tous les psychologues et les psychiatres ils ont le secret médical. »* Entretien 12

Par ailleurs, des patients évoquent la possibilité pour leur psychiatre de déroger au secret médical. C'est une possibilité dont ils ont conscience et dont ils ont été informés.

*« Moi, on dit « oui le secret professionnel machin », je suis pas d'accord quand y'a des dangers derrière, comme les prêtres, secret de la confession. Secret de la confession, mon cul ! Excusez moi l'expression. Quand on vient te raconter des trucs comme ça, à toi d'aller chez les flics de suite ; même un médecin psychiatre, c'est confidentiel, certes mais il peut quand même essayer d'en toucher un mot sans non plus donner plus de détails en disant « faites attention, il se pourrait que ce monsieur patati patata »* Entretien 10

*« Après si une personne vient à commettre un acte, là y'a pas de secret professionnel, ça je le sais. »* Entretien 12

### ➤ **Un rôle dans la prévention de la récurrence**

Le rôle direct du psychiatre dans la prévention de la récurrence est évoqué par trois patients, le médecin a alors pour fonction de venir rappeler les limites.

*« Je pense pour nous aider, pour justement aussi, pour nous remettre sur le bon chemin et de nous dire de faire attention avec qui on parle, qui on fréquente pour justement ne pas replonger dans ça. »* Entretien 8

*« Il est là disons pour éviter, pour prévenir que si on est sur la pente descendante, il pourrait recommencer à faire des conneries »* Entretien 4

#### **2.1.4. Le médecin coordonnateur**

Pour 11 patients, la place du médecin coordonnateur est repérée. Pour la plupart des patients interrogés au cours des entretiens, le médecin coordonnateur a un rôle de superviseur du suivi. Son statut de médecin mais aussi d'expert est mis en avant par les patients. Enfin, sa place dans le dispositif d'injonction de soins est compris différemment par les participants tantôt du côté de la Justice, tantôt du côté de la Santé.

##### **➤ Un rôle de superviseur du suivi et d'évaluation**

Sept patients de notre étude définissent le rôle du médecin coordonnateur comme faisant le bilan de la prise en charge en injonction de soins : il a pour rôle de constater l'évolution psychologique et relationnelle des patients, il veille à la continuité de la prise en charge médicale et fait la synthèse des avis des intervenants.

*« Disons que son rôle c'est de prendre tout ça en compte, tout ce qu'on lui dit de moi et après faire un point avec moi, voir comment ça se passe. »*  
Entretien 1

*« Dans mon cas il se contente de faire le point [...] voilà après il pose des questions. C'est des entretiens intéressants à chaque fois. Après il peut pas rentrer dans les détails comme le fait le Dr P. C'est normal, il est pas là pour ça. »*  
Entretien 3

*« Il me convoque tout ça et voilà. Pour voir si j'ai refait ma vie, si j'ai rencontré quelqu'un, si je reste pas seul. Voilà, ce qu'il veut savoir c'est ça. »*  
Entretien 6

« Il s'assure que le médical est exécuté. » Entretien 9

« C'est lui qui vérifie mon évolution, ma maladie. Appelons ça comme il faut [...] il est en contact avec un peu tout le monde. » Entretien 10

Un des patients signale que le médecin coordonnateur a la possibilité de réaliser un dossier pour réduire la durée du suivi en injonction de soins :

« Elle reconnaît aussi, c'est Mme P, elle reconnaît que dix ans de soins, de suivi, dans mon cas c'est un peu trop. Du reste Mr MC il est en train de faire un dossier pour que ce soit réduit. » Entretien 11

### ➤ Une position d'expert

Le médecin coordonnateur est perçu par certains patients comme ayant un rôle d'expertise au sens du professionnel. Il est vu comme ayant un savoir supérieur qui lui donne une légitimité.

« Ils sont tous les deux psychiatres (à propos du médecin coordonnateur et du médecin traitant), à part qu'il y en a un qui est simple psychiatre et le second qui est expert psychiatre, qui a du faire des études super longues. Bon le mot expert, pour moi c'est la même famille » Entretien 8

« Au début c'est vrai que j'ai eu un entretien qui a duré une heure. J'ai trouvé ça pas trop mal et maintenant je le vois qu'un quart d'heure. [...] C'est lui qui voit, c'est un professionnel, un expert on va dire. » Entretien 9

### ➤ Une place au sein du dispositif d'injonction de soins à la jonction du soin et de la justice

La place du médecin coordonnateur est appréhendée très différemment par les patients.

Pour huit d'entre eux, le médecin coordonnateur est en lien avec le juge à travers notamment la réalisation de rapports régulièrement. Il fait finalement la jonction entre la Santé et la Justice.

*« Dans mon cas il se contente de faire le point et faire des rapports au juge. [...] Juste pour faire la jonction avec le juge, entre le secret médical et la justice [...] Ce que je dis au Dr MC est un peu plus, enfin dangereux, a un peu plus d'importance que quand je parle au Dr P. donc je pense qu'elle... la main de justice qu'il y a derrière le Dr MC, y'a quand même la justice, le juge. »* Entretien 3

*« Le médecin coordonnateur qui lui doit rendre des comptes au juge d'application des peines. »* Entretien 2

Deux des patients font le lien entre la désignation du médecin coordonnateur par le juge et par conséquent son « affiliation » directe à la justice :

*« Déjà Dr MC, le psychiatre, le suivi socio judiciaire, comme c'est le juge qui m'a dit vous allez voir Mr Untel à telle adresse donc comme ça sort de la bouche et du bureau du juge donc logiquement il est en relation avec le juge. [...] Comme ça le juge il voit tout et il sait que tout s'est bien passé et que tout est fait en temps et en heure. »* Entretien 8

Pour quatre patients, le médecin coordonnateur est assimilé à un juge, il n'a alors pas de rôle médical mais plutôt judiciaire de rappel à la loi.

*« Il sert plutôt vers les juges et tout ça [...] Lui c'est autre chose, lui on dirait qu'on parle devant un juge. »* Entretien 6

*« Comme c'est un médecin coordonnateur, je pense que c'est à lui de faire un peu comme si c'était le juge [...] de nous rappeler les bonnes règles. Voilà ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on n'a pas le droit de faire, de faire attention avec les gens qu'on fréquente dehors et vice versa. Ces gens là sont comme un peu les juges, ils doivent dire « attention là, on te donne un avertissement et le*

*prochain tant pis tu vas manger les barreaux » pour nous mettre un peu de pression, nous faire peur pour que justement pour pas qu'on recommence à faire une connerie. » Entretien 8*

Au contraire, deux patients placent le médecin coordonnateur du côté « soignant » :

*« J'ai compris que c'est un gars qui marche avec le psychiatre. » Entretien 7*

*« Lui c'est plutôt la relation entre psychiatres. Il est plus là pour les soins. » Entretien 9*

#### **2.1.5. Le rôle du SPIP**

La fonction des SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) est bien repérée par 11 des participants à l'étude. Leur rôle est bien identifié ainsi que leur place du côté du système judiciaire.

##### **➤ Un rôle de surveillance et de contrôle social**

Les conseillers de probation et d'insertion ont pour principale fonction de veiller au respect des obligations imposées au condamné dans le cadre de la mesure de suivi socio-judiciaire.

Ils vérifient le suivi des rendez-vous médicaux, la question du logement et de l'insertion professionnelle ainsi que l'avancement de l'indemnisation des victimes.

*« Vérifier que je me suis plié aux mesures qu'on m'avait imposées durant ma liberté conditionnelle. Maintenant, juste vérifier que j'indemnise mes victimes et que... Et que tout va bien dans ma vie. Oh et puis on discute aussi, c'est une autre approche intéressante. » Entretien 3*

*« Ben c'est ni plus ni moins, le chef de gare. T'as fait ci, t'as fait ça ? T'as payé, t'es allé voir Dr P? C'est un petit peu assimilé au docteur MC moi ça m'apporte pas plus. Bon si, on a sympathisé [...] Il est là pour me rappeler qu'il faut que je vois untel. Bon c'est vrai que s'il y a réparation il faut bien réparer. »*

Entretien 4

Aucun des patients interrogés n'évoque le rôle des CPIP dans la réinsertion, au contraire, un des participants à l'étude regrette l'absence d'accompagnement social.

*« Moi ça me fait marrer, quand j'arrive là-bas et que je vois, quelques fois ça me saute au yeux « Service Pénitentiaire de Probation et de Réinsertion ». Réinsertion pfff, laissez moi rire. Ils ne font absolument rien pour nous aider. Si, elle me l'a fait à deux trois reprises, on a droit, après bien des discussions, elle m'a donné comment dire des tickets restaurants. On a droit à des tickets restaurants. Pour m'aider parce que j'arrivais pas à joindre les deux bouts. Mais sorti de là, réinsertion ça me fait marrer. »*

### ➤ **Une place dans le dispositif d'injonction de soins du côté du judiciaire**

Les SPIP sont clairement assimilés par 5 patients à la justice.

*« Elle travaille aussi avec le juge. Elle, si vous voulez, c'est un juge adjoint. »* Entretien 8

*« Lui, c'est plutôt l'institution judiciaire. »* Entretien 9

## **2.2. Le vécu de la mesure d'injonction de soins**

Nous développerons dans cette partie les vécus et ressentis des patients concernant la mesure d'injonction de soins. Ces ressentis sont pour la majorité négatifs même si nous le verrons un peu plus loin, les relations avec chaque intervenant sont vécues de manière plutôt positives.

### 2.2.1. Vécu négatif de la mesure d'injonction de soins

Le vécu le plus souvent évoqué par les participants concernant la mesure d'injonction de soins est plutôt négatif et correspond à des émotions telles que l'agressivité, la colère voire la haine mais aussi la tristesse et angoisse. Il est important de noter également que les patients expriment un vécu douloureux du souvenir du passage à l'acte évoqué au cours des entretiens avec les intervenants du dispositif d'injonction de soins.

Pour sept patients interrogés la mesure d'injonction de soins renvoie à un sentiment de **tristesse**, d'**angoisse** ou de **peur**:

*« C'est là que j'estime qu'ils ont fait des trucs mal, moi et tant d'autres, mais c'est de la souffrance sans arrêt, sans arrêt. Même qu'on le montre pas, on le ressent. Des fois ça m'arrive je pleure, j'en ai tellement marre de cette vie que je préfère mourir. Il faut se mettre à ma place... [...] Pour moi c'est pas une vie. Ils m'ont mis une peur en moi. »* Entretien 1

*« Mais le fait de revenir sans arrêt, sans arrêt pendant des années dans un cabinet comme ça. Au bout d'un moment on se dit, on se sent sale. On se sent sale. On a l'impression que tout le monde nous regarde, ça pèse. Ça pèse énormément. »* Entretien 2

*« Quand je sors d'ici, j'ai le moral à zéro. »* Entretien 2

*« Au début c'était dur et même un peu pénible. »* Entretien 8

Quatre patients évoquent un sentiment violent d'**agressivité**, de **colère** ou de **haine** envers cette mesure :

*« De la hargne, de la hargne... »* Entretien 11

*« La haine, énervé parce que ça me donne des contraintes. »*

## Entretien 1

Quatre patients vivent cette mesure d'injonction de soins comme une **absurdité**.

*« Je trouve ça un peu stupide. »* Entretien 8

*« Je trouve ça ridicule. Mais oui je vais pas à chaque fois mettre la tête sur le billot. Qu'est ce que c'est que ce cirque ? Je suis pas un grand bandit ! »* Entretien 11

Un participant à notre étude évoque un sentiment **d'immoralité** par rapport à la mesure d'injonction de soins :

*« C'est pour ça que je ne comprends pas cette méthode. C'est affreux quand vous réalisez qu'ils vous obligent des trucs que vous voulez pas faire... je sais pas où y'a la moralité là. »* Entretien 1

Pour un patient interrogé, le suivi en injonction de soins renvoie systématiquement au passage à l'acte et entraîne une **souffrance morale intense**.

*« On essaie de se reconstruire mais à chaque fois on retombe dans ce qu'on a fait et donc au bout d'un moment on sait plus comment essayer de s'échapper de ça, refaire une vie, remonter la pente [...] je porterai ça toute ma vie. »* Entretien 2

*« Quand je repars, je repense à toutes ces idées, ces images que j'essaye d'effacer de moi. Je repasse sans arrêt dans le passé. »* Entretien 2

### 2.2.2. Vécu neutre ou ambigu de la mesure d'injonction de soins

Quatre patients évoquent des ressentis neutres ou ambigus concernant la mesure d'injonction de soins. Un patient parle d'un sentiment de **tranquillité** par rapport à la justice s'il respecte la mesure :

*« Je me dis, tant pis V., perds une journée ou deux jours, je fais mes trucs et après je suis tranquille. » Entretien 1*

Au moins trois patients associent la prise en charge en injonction de soins à une **routine** ou une **habitude** qui est désormais associé à leur rythme de vie.

*« Beaucoup moins contraignante que je l'aurai pensé au début. Surtout que maintenant c'est une routine, ça fait partie de mon emploi du temps de chaque mois. » Entretien 3*

*« Je me suis habitué. Au début c'était dur et même un peu pénible mais après, c'est comme tout, c'est une habitude, on y va car faut y aller. [...] c'est une habitude, j'y fais même plus attention. Je sais que j'ai rdv, j'y vais et ainsi de suite. » Entretien 8*

### 2.2.3. Vécu positif de la mesure d'injonction de soins

Cinq patients expriment des ressentis positifs en lien avec le dispositif d'injonction de soins. Ce sont essentiellement la perception de l'importance du suivi et de sa nécessité mais également des sentiments plaisants tels que le plaisir.

*« Je valorise ces temps, j'essaie au maximum de valoriser le temps qu'on m'accorde. » Entretien 3*

Pour certains patients le **bien être** et le **plaisir** sont deux émotions associées à la mesure d'injonction de soins :

*« Je vais avec plaisir, je vais pas en marche arrière. » Entretien 9*

*« Enfin au début c'était vraiment une obligation. Maintenant j'y viens parce que ça fait du bien aussi. » Entretien 5*

Enfin deux patients parlent de la prise en charge en injonction de soins comme d'un **besoin** ou d'une **nécessité**.

*« Je fais les choses naturellement. J'ai rendez-vous avec le Dr, je viens la voir, ça me fait du bien, j'en ai besoin. »* Entretien 10

*« La contrainte c'est toujours un peu emmerdant. Mais après je sais que j'en ai besoin, je respecte. »* Entretien 12

#### 2.2.4. Thématique de la contrainte et de l'obligation

Les thématiques de la contrainte et de l'obligation sont très présentes dans le discours des patients. Nous verrons dans cette partie que la mesure d'injonction est associée à un sentiment d'obligation pour certains mais également à un sentiment plus fort de contrainte. La question du consentement aux soins plus globalement est introduite par un petit nombre de patient.

##### ➤ La perception d'une obligation

Cinq patients évoquent la perception d'une obligation par rapport à cette mesure d'injonction de soins qui leur a été ordonnée. Une **obligation** imposée par la justice qu'ils vivent souvent de manière passive.

*« Ah ben, c'est obligatoire. Une obligation alors moi je le fais parce que c'est une obligation, ah ouai. Ah non, non, moi je veux pas, même de loucher. »*  
Entretien 7

*« Elle est là pour nous dire, vous êtes obligé parce que vous avez un suivi, on vous l'exige donc vous le faites. »* Entretien 8

*« L'injonction de soins c'est une obligation de soins. »* Entretien 9

« Des fois j'y vais parce qu'on me dit d'y aller mais si je pouvais même éviter, j'éviterai. Comme je suis obligé d'y aller je le fais, je sais que ça dure que 7 ans, il me reste à peu près 4 ans. Je me dis bon, ça va vite passer... après terminé, j'ai plus rien à voir à faire avec la justice. » Entretien 8

### ➤ **La perception d'une contrainte**

Pour quatre patients, la mesure d'injonction de soins est associée à la notion de **contrainte** c'est à dire que l'on perçoit dans leur discours un sentiment de **violence** et souvent une absence de liberté.

« C'est dur pour nous d'accepter ça car on est contraint, on est obligé. Y'en a qui le ferait parce qu'ils en ont besoin mais là c'est une obligation. On ne peut pas faire autrement sinon vous allez charger. » Entretien 1

« C'est affreux quand vous réalisez qu'ils vous obligent à faire des trucs que vous voulez pas faire [...] il y a une différence entre l'obligation et dire oui. » Entretien 1

« Je vous avoue que c'est un peu lourd. Je l'admet mais de l'autre côté bof... disons que c'est un peu impératif. « Tu dois ». Je sais que j'aimerais dire je viens parce que ça me dit de venir. » Entretien 9

« C'est une condamnation en fait, injonction, condamnation, c'est la même chose. On est obligé de faire telle chose, bon et puis finalement je l'ai accepté parce qu'on m'a menacé de me faire refaire toutes les grâces que j'avais eues. 46 mois ça faisait beaucoup, j'en avais un peu marre de la détention. [...] Cette sensation d'injonction, de peine au dessus de la tête, voilà. » Entretien 10

### ➤ **Le consentement aux soins**

Pour deux patients la question de la contrainte ou de l'obligation n'est pas mise en avant mais c'est le **consentement aux soins** qui est évoqué et donc **la liberté**.

« *Tout (le dispositif d'injonction de soin) est basé sur la volonté.* » Entretien 3

« *Il faut arriver à oublier que c'est la justice qui vous l'impose, c'est pas facile au début.* » Entretien 3

« *Je l'aurai fait moi-même, je l'aurai demandé, tout simplement. Pour moi c'est pas ... y'a rien de forcé dans tout ça. C'est pas une contrainte du tout.* » Entretien 9

### 2.2.5. Thématique d'une peine supplémentaire

Une autre thématique importante exprimée par quatre patients est celle d'un ressenti d'une **double peine** : la prononciation de la mesure d'injonction de soins est vécue comme une condamnation supplémentaire.

« *C'est une condamnation en fait, injonction, condamnation, c'est la même chose.* » Entretien 10

« *Non je suis désolé, on m'a condamné à tant. On m'a pas condamné à tant plus les injonctions. A la base, en cour d'assise on m'a condamné à tant de prison. J'ai terminé cette prison qu'est ce que vous allez me mettre aujourd'hui. Pour moi c'est une peine, une peine ! [...] Vous voulez m'infliger une seconde peine ?* » Entretien 10

« *On m'a alourdi... c'est une double peine.* » Entretien 11

Cette impression de double peine est associé pour un patient à un sentiment d'**injustice** :

« *C'est une injustice : une double peine. C'est une double peine c'est à dire qu'on est condamné à tant, on fait ce temps en question et on vous recondamne à autre chose.* » Entretien 10

Pour deux patients, on retrouve un vécu de **liberté partielle** ainsi qu'un sentiment de continuer à être jugé malgré la condamnation et les années de prison :

*« Une certaine limite de la liberté car vous êtes encore suivi. [...] La liberté complète je l'aurai pas jusqu'à ma mort parce que je suis suivi jusqu'à ma mort. »*

Entretien 1

*« On n'a pas l'impression d'être sorti lavé de tout ça. [...] On revient sans arrêt sur les mêmes choses. On l'a fait, on a été puni. J'aimerais que ça s'arrête, je voudrais dire stop, c'est bon, je suis rentré dans le bon chemin, je ne suis pas un pédophile programmé. »* Entretien 2

### 2.2.6. Vécu de la relation avec chaque intervenant

Contrairement au vécu général de la mesure d'injonction de soins qui est plutôt négatif, les relations avec chaque intervenant du dispositif d'injonction de soins sont appréhendées sur un versant positif pour la majorité des patients.

#### ➤ **Les relations avec le psychiatre traitant**

Huit patients interrogés décrivent de **bonnes relations** avec leur psychiatre traitant. Cette relation de soin est qualifiée « *d'agréable* », de « *saine* », de « *responsable* ».

Trois patients parlent d'une relation d'**estime** et de **confiance**.

*« Y'avait suspicion, donc je me suis fait expliquer très rapidement et puis j'ai testé le terrain. J'y suis allée doucement dans mes révélations avec elle et voilà après c'est la confiance qui s'installe et ça se passe très bien. »* Entretien 3

*« Je viens bon pour rencontrer quelqu'un que j'estime, avec qui je sais que je peux discuter de divers problème que je peux pas discuter avec d'autres. »*

Entretien 4

Pour deux patients, la relation avec le psychiatre traitant dans le cadre de l'injonction de soins ne diffère pas de celle qu'ils ont avec leur médecin « de droit commun ».

*« Une simple relation, comme avec un médecin. »* Entretien 8

*« On prend rdv avec son psychiatre comme avec son médecin traitant ou son dentiste. »* Entretien 10

Deux patients pointent des consultations **trop courtes** car le psychiatre est très occupé.

#### ➤ **Les relations avec le médecin coordonnateur**

Là aussi, les relations avec le médecin coordonnateur sont plutôt **bonnes** pour huit participants à l'étude. Trois patients évoquent des relations « *agréables* » et « *saines* ». Deux patients parlent même d'une **relation amicale** qui se serait instaurée avec le médecin coordonnateur.

*« On est devenus copains. »* Entretien 4

*« C'est une relation qui est même devenue amicale. Pas de soin. »*  
Entretien 11

Les patients mettent en avant le **professionnalisme** du médecin coordonnateur, sa **gentillesse**, sa **disponibilité** et sa **capacité d'écoute**.

*« Personne très gentille aussi. Elle pose les questions qu'il faut. Elle va droit au but. Elle tortille pas. Quand elle pose des questions c'est une question qui peut faire plaisir, ou qui peut vexer ou qui peut faire mal. De ce côté là, elle connaît bien son boulot. »* Entretien 2

*« C'est quelqu'un de génial. »* Entretien 10

Deux patients expliquent entretenir peu de relation avec le médecin coordonnateur en mettant en avant la rapidité des consultations et des entretiens peu fréquents :

*« Quelle relation... y'en a pas vraiment ; c'est bonjour, ça va, au revoir. Y'a pas de relation. Si je reste 5 min à chaque fois... C'est pas comme la psychiatre, c'est une demi heure, ça n'a rien à voir. Ca se passe bien aussi mais c'est tout. »* Entretien 5

### ➤ **Les perceptions par le patient du vécu des intervenants**

Il est intéressant d'observer les perceptions par le patient du vécu des intervenants.

Un participant a l'impression que le psychiatre est **mal à l'aise** avec la question de la violence sexuelle.

*« On voyait qu'elle était pas trop, trop... enfin c'est son métier aussi, elle a pas vu que moi je pense... voilà, je suis pas le premier mais je voyais que je sais pas, elle était pas si bien que ça au début. [...] Pas à l'aise. Oui je sais pas si elle le faisait exprès pour que je puisse parler plus mais c'est vrai qu'au début c'était un peu dur. Maintenant ça va. »* Entretien 5

Deux participants évoquent l'absence d'intérêt pour le psychiatre ou le médecin coordonnateur de suivre des patients en injonction de soins.

*« C'est comme vous, vous me posez des questions, j'essaie de vous répondre. C'est le seul truc que je vois. Pour vous ça vous apporte quelque chose mais pour le Dr P, franchement, je sais pas. »* Entretien 1

*« On peut parler de tout et de rien mais enfin il a d'autres choses plus urgentes que moi à traiter. »* Entretien 4

### 2.2.7. La question du traitement médicamenteux par hormonothérapie

La question du traitement médicamenteux est abordée par trois patients seulement et sous l'angle exclusivement du traitement anti-hormonal.

La manière dont est perçue cette chimiothérapie est dans l'ensemble négative avec une symbolique liée à la **torture** et à l'**impuissance** : les patients parlent « de *castration chimique* », de « *camisole chimique* », de « *bouclier chimique* », « *d'une forme de torture* » ou « *d'une perte de maîtrise* ».

« *C'est vrai que c'est plus une contrainte qu'autre chose.* » Entretien 9

« *Mais c'est vrai que ça a été une crainte à un moment, surtout quand vous avez vingt ans et qu'on vous l'impose. Je me sentais pas irrécupérable... castration chimique c'était à vie et pour moi en gros vous étiez irrécupérable et je me sentais pas du tout comme ça. Je suis un battant et à ce niveau là, quand j'ai fauté je me remets en question et j'essaie de ne pas recommencer.* » Entretien 3

Les patients ont conscience que le traitement médicamenteux ne peut leur être imposé et que l'introduction de celui-ci nécessite leur consentement.

« *Tout ce qui est traitement, non merci. Y'en a qui, je sais qu'il y en a. Si ça avait été quelque chose d'obligé, je l'aurais fait mais là c'est pas une obligation. Si vraiment je sentais que j'étais vraiment un danger, si du fond de mon cœur, j'étais convaincu que j'allais recommencer, que pour moi c'est plus fort que tout, je peux pas m'empêcher comme si c'était de manger ou de respirer, à la rigueur, je l'aurais demandé mais je sais que je peux gérer.* » Entretien 12

Même si la prise du traitement médicamenteux ne peut être contraint, les patients consentent à ce soin pour différentes raisons : montrer sa bonne volonté au juge ou éviter une mesure judiciaire plus liberticide.

*« Moi personnellement, j'en ai pas du tout besoin. Bon, ça leur fait une sécurité pour le juge, pour le psy et pour les médecins. Bon je vais la prendre quand même, si ça peut les reconforter et voilà. » Entretien 9*

*« Le Dr P me l'avait conseillé, fortement conseillée. Peut être que j'aurai pas le bracelet si je la prends. » Entretien 9*

Enfin, l'unique participant à l'étude qui bénéficie d'un traitement antihormonal évoque les conséquences de la prise du traitement : les effets indésirables hormonaux, la perte de la libido et les conséquences sur ses relations aux autres.

*« J'ai déjà perdu des poils alors surtout, surtout, le pire c'est les bouffées de chaleur. C'est plus qu'indésirables, au début j'en avais on va dire une quinzaine par jour, au début de ce traitement [...] J'ai ma morphologie qui a changé, j'ai poussé de poitrine. » Entretien 9*

*« J'ai pas de libido, j'ai pas d'envie, j'ai pas de désir à cause de cette injection. » Entretien 9*

*« Alors, allez vous réinsérer, avoir une vie sexuelle, non c'est pas... c'est pas vraiment possible. » Entretien 9*

### **2.3. Les perceptions de l'intérêt et de l'indication de la mesure d'injonction de soins**

Dans cette partie, nous verrons la perception par les patients de l'indication d'une part et de l'intérêt d'autre part de la mesure d'injonction de soins.

### 2.3.1. La perception de l'intérêt et de l'indication d'une mesure de soin

Trois patients reconnaissent que la mesure d'injonction de soins est indiquée pour les individus ayant commis des **crimes graves** et ceux qui sont **malades**.

*« Vous voyez comme les gens qui tuent, qui violent, je veux bien me faire soigner, je veux bien dire il faut que je m'en sorte, qu'il faut plus que je recommence. »* Entretien 1

*« J'aurai un gros problème dans la tête, je veux bien. »* Entretien 1

*« Si on se place du côté médical, il faut que d'abord on se reconnaisse malade. Et ça y'a pas grand monde qui se reconnaît malade ; même ceux qui le sont ont des difficultés à le dire. »* Entretien 4

Quatre participants à l'étude estiment que pour que la mesure soit efficace, il est nécessaire que les patients reconnaissent les faits et surtout **s'engagent dans un processus thérapeutique** :

*« Mais dans le cas ou on nie les faits, je suis pas sur que ce soit très efficace. Je pense que la première étape c'est d'accepter ce qu'on a fait et ensuite on peut se remettre en question. »* Entretien 3

*« Donc si vous ne vous y impliquez pas au moins un minimum, c'est complètement inutile [...] quand on vous impose quelque chose et que vous y croyez pas, c'est la pire des choses. »* Entretien 3

*« Je sais qu'à un moment donné si le travail on le fait pas soi-même non plus : y'en a qui voient des psy pendant 20 ou 30 ans s'ils ont pas fait le travail, ça sert à rien. »* Entretien 12

Trois patients perçoivent l'intérêt de la **présence d'un tiers** pour réaliser ce travail sur soi.

*« Avec le suivi, ça aide quelque part. Parce que seul, c'est pas évident, tout le monde n'a pas le disons, le mental pour se faire une auto-analyse, pour gamberger soi même sur le comment du pourquoi » Entretien 10*

*« Aussi pour éviter la récurrence, elle passe par moi en faisant le travail avec les thérapeutes. » Entretien 12*

### **2.3.2. La non-perception de l'intérêt et de l'indication de l'injonction de soins**

Cinq patients démontrent l'**inefficience** de la mesure d'injonction de soins en prenant pour exemple les auteurs de violence sexuelle qui récidivent. Cet argument est avancé fréquemment au cours des entretiens et notamment en prenant plusieurs fois les exemples de Marc Dutroux et Michel Fourniret.

*« J'ai encore vu ces jours ci le gars qui a recommencé, récurrence, récurrence pourtant il l'a fait le suivi. Ca lui a servi à quoi ? » Entretien 2*

*« Apparemment non car vu que y'en a qui ont passé douze, quinze ans derrière les barreaux et des qu'ils sont dehors, alors qu'ils ont du travail, et qu'ils recommencent... » Entretien 8*

*« Encore dernièrement, y'en a un ça faisait deux mois qu'il était dehors, il sortait de détention. Il sortait du centre de détention et un mois après, pouf rebelote, il a remis ça. » Entretien 10*

*« On peut pas prévoir. On peut pas prévoir. Quelqu'un qui est pervers dans l'âme, on peut pas prévoir. On l'a vu avec Dutroux, on l'a vu avec Fourniret, on l'a vu avec... non... j'appelle ça des malades mentaux, des pervers. Mais le gars... par contre le pervers... ce qui est grave c'est le gars qui viole et qui tue. [...] La récurrence, c'est comme le cancer, on peut pas prévoir si on va pas avoir une réminiscence. » Entretien 11*

Le plus souvent, les patients mettent en avant qu'ils ne justifient pas d'un suivi en injonction de soins car soit ils ne se considèrent pas malades, soit ils n'ont pas commis les faits qui leur sont reprochés ou bien ils estiment ne pas être dangereux pour la société.

Concernant l'indication d'un suivi en injonction de soins, deux patients mettent en avant de ne pas se percevoir comme malade et donc que le suivi n'est pas justifié :

*« Je suis pas fou, je sais exactement ce que j'ai fait [...] je m'estime que je suis pas malade et je comprends pas. »* Entretien 1

Un autre patient ne reconnaît pas les faits pour lesquels il a été condamné et donc n'accepte pas l'indication de l'injonction de soins. Il est à noter que la formulation qu'en fait le patient, ci-après, est très ambivalente.

*« Honnêtement ça sert à rien. Vous verrez que si vous attrapez des patients qui sont comme moi. Qu'ils ont fait des trucs, qu'ils ont pas fait comme moi car je suis un cas particulier. Je suis dans une autre catégorie mais si vous retrouvez quelqu'un comme moi ou à peu près comme moi, vous verrez il vous répondra exactement ce que je vous dis. »* Entretien 1

Enfin, un patient explique ne pas être dangereux pour la société comparé à d'autres délinquants :

*« Je suis pas un bandit ! Quand on voit que des terroristes sont condamnés à bien moins. »* Entretien 11

Par ailleurs ils ne comprennent pas l'effet thérapeutique de la parole, ils ont le sentiment que rien ne peut empêcher le passage à l'acte et enfin ils avancent l'idée que même le retour en prison n'est pas coercitif.

Concernant l'intérêt du suivi en injonction de soins, pour trois patients la psychothérapie, au sens étymologique du terme « thérapie pour la psychée » ou « thérapie par la parole » ne fait pas sens. Ils ne perçoivent pas l'intérêt d'une aide par la parole.

*« Honnêtement, je vois pas ce que ça peut me faire de plus de voir plusieurs personnes. J'ai beau en parler mais qu'est ce que ça me fait ? [...] Je viens là, parler au docteur : j'ai l'impression que je ressors comme avant »*  
Entretien 2

*« Je me suis aidé seul [...] Ca vient de moi. »* Entretien 1

*« A quoi ça me sert puisqu'on parle juste de ça et voilà ? [...] Personne jusqu'à aujourd'hui, depuis des années que je suis en suivi, m'a dit ben oui le déclencheur. »* Entretien 2

*« Je veux dire le type qui est vraiment, qui est vraiment atteint grave, qui va agresser des gamines ou quoi, ça sert à rien tout ça. Il vient là, il discute, il bavarde ok, il passe là une demi heure, une heure, après il va pointer une fois par an là bas mais après qu'est ce qu'il fait dans la journée ? il est libre, il est lâché dans la nature »* Entretien 10

Pour un patient, le fait même de revenir sur les actes commis serait une **incitation** au passage à l'acte :

*« Mais j'imagine quelqu'un d'autre qui est porté dessus, ça va pas du tout l'aider ça. Si chaque mois on lui remet ça en tête... le gars il... c'est pas bien... on détruit à petit feu. On l'incite. Je vais peser mes mots. On l'incite à refaire des conneries. Moi je le vois comme ça. Au lieu de nous aider à effacer. »* Entretien 2

Quatre patients mettent en avant que rien ne peut empêcher le passage à l'acte. Celui-ci ne serait pas prévisible, surtout chez les personnalités perverses et ne peut donc pas être travaillé en psychothérapie.

*« Y'a rien qui puisse le bloquer. Ce ne sont que des paroles, vraiment s'il voulait passer à l'acte ou recommencer. »* Entretien 2

« On est pas dans ma tête et il faut être fort pour savoir si le gars il va pas repasser à droite ou à gauche ou... se relancer dans quelque chose. On peut pas le deviner, à moins d'être devin. [...] Je ressors, j'ai mes propres idées, qui va deviner si je ne vais pas sauter sur quelqu'un en sortant ? Personne peut le dire, même pas moi. » Entretien 2

« On peut pas prévoir. On peut pas prévoir. Quelqu'un qui est pervers dans l'âme, on peut pas prévoir. » Entretien 11

« Y'en a qui sont pas déséquilibrés mais presque... je pense que les personnes comme ça, qui ont ça dans le sang, pour moi c'est pas assez. » Entretien 6

Enfin pour deux patients, la **perspective d'un retour en détention n'est pas un frein** dans le cadre de la prévention de la récidive.

« En fait la détention j'y ai été ça me fait pas peur [...] voilà je tiens un cap, je fais pas ci, je fais pas ça. Mais c'est pas la prison, j'y ait été 15 ans, 16 ans, ça me fait pas peur, j'y ai vécu mais après non c'est plutôt par rapport aux autres. » Entretien 11

« Quelque part je pense et puis y'a le fait aussi que certains n'arrivent à se réadapter à la vie extérieure donc ils n'ont pas trop cette crainte d'y retourner parce que là-bas, on est nourris, logés, blanchis. » Entretien 10

#### 2.4. Les attentes concernant le dispositif d'injonction de soins

Trois patients expriment ne pas avoir d'attentes particulières concernant cette prise en charge en injonction de soins, si ce n'est peut-être que cela se termine...

« Rien de particulier. D'être libéré en 2019. Voilà, ça se termine et si éventuellement j'en ressens le besoin, je continuerai. » Entretien 10

« Qu'attendez vous de cette prise en charge ? Rien. Rien. M'ouvrir un cas de conscience ? Un sentiment de culpabilité ? J'en ai pas. Mea culpa, mea culpa. Zero. » Entretien 11

Huit patients, c'est à dire la majorité, attendent de ce suivi en injonction de soins un **soutien psychologique** mais aussi un accompagnement pour la compréhension de leur passage à l'acte. L'injonction de soins est également pour sept patients un dispositif de **prévention de la récidive**.

### ➤ Un soutien psychothérapeutique

Cinq patients attendent une aide psychologique de ce suivi. Cette aide peut concerner la problématique sexuelle ou le passage à l'acte sexuel violent mais également les souffrances au quotidien, la gestion des relations interpersonnelles, etc...

« Je veux dire aider la personne à régler ses troubles sexuels mais pas que. Après ça peut être des troubles aussi de la vie de tous les jours, les soucis, les tracas aussi. Ca va de pair je pense. Ca peut être par rapport aux angoisses, les dépressions. » Entretien 12

« Une aide dans la vie de tous les jours [...] surtout maintenant depuis que j'ai ce cancer [...] être soutenu dans ma démarche de tous les jours. Une aide concrète qui pourrait nous aiguiller. » Entretien 2

Quatre patients souhaitent que le suivi en injonction de soins les aide à comprendre leur passage à l'acte :

« Moi j'aimerais le comprendre mais personne jusqu'à aujourd'hui, depuis des années que je suis en suivi, m'a dit ben oui, le déclencheur... C'est quoi le déclencheur ? Pourquoi je me suis rapproché de ma fille, en l'aimant de tout mon cœur, pourquoi j'ai été vers elle, pourquoi j'ai apprécié sa présence avec moi ? » Entretien 2

« Essayer de comprendre d'où vient le problème aussi. C'est bien aussi de parer la récidive mais après je veux dire, essayer de chercher les sources des problèmes. Donc avec Dr P on est parti sur un autre travail, on a parlé de l'enfance. » Entretien 12

« Avec le suivi, ça aide quelque part. Parce que seul, c'est pas évident, tout le monde n'a pas le disons, le mental pour se faire une auto-analyse, pour gamberger soi même sur le comment du pourquoi. Je veux dire à part le fait, pour moi personnellement, ne pas savoir pourquoi ça m'est arrivé, pourquoi ça j'en suis arrivé là. Ne pas savoir... non pas que, vu l'âge que j'ai maintenant je pense que je pourrai me venger entre guillemets ou quoi, le fait de savoir. Ca vient pas comme ça d'un coup. Parce que c'était un truc entre guillemet normal, un truc que tous les gamins font, on joue à touche pipi mais ça, ça a perduré donc ça quelque part, pourquoi ? » Entretien 10

Trois patients attendent des intervenants une attitude « humaine » et « compatissante ». Ils espèrent ne pas être jugé par leur thérapeute, ceci semble être très important pour eux.

« Là où ça aurait pu être moins bien c'est si j'étais tombé sur quelqu'un d'un peu froid ou qui vous prend un peu de haut, du genre je suis là pour t'observer ou pour te juger [...] c'est ce côté inquisiteur et hautain que je craignais mais pas du tout. » Entretien 10

« Les gens ont leurs opinions personnelles, ils en pensent ce qu'ils veulent je m'en fous mais après je veux pas être jugé. C'est ça, surtout pas sur mon passé. » Entretien 12

Un patient attend de cette prise en charge qu'elle ne soit pas centrée sur les faits pour lesquels il a été condamné.

« Voilà, éviter de reparler trop des faits, parler d'autres choses. » Entretien 2

### ➤ **Un dispositif de prévention de la récidive**

Pour sept patients, l'injonction de soins est un dispositif d'aide à la **prévention de la récidive** et pose **des limites** ainsi qu'un cadre.

*« Ne pas refaire la même connerie [...] Que j'arrive à éviter les pulsions. Surtout ça, c'est l'essentiel. »* Entretien 5

*« De ne pas recommencer, c'est surtout ça. »* Entretien 6

*« Des limites, des bornes à ne pas franchir... à ne pas refranchir [...] des limites face au danger que représente pour moi un enfant. »* Entretien 3

### **2.5. Critiques de l'injonction de soins**

Trois participants à l'étude perçoivent une **majorité de points négatifs** à l'injonction de soins qu'elles soient d'ordre « pratique » ou « éthique » :

*« Honnêtement faut changer ce programme, ça va pas du tout ! »*  
Entretien 2

### ➤ **Les critiques d'ordre pratique du dispositif d'injonction de soins**

Les critiques du dispositif d'injonction portent pour sept patients sur des questions pratiques tels que le coût de la mesure sur le plan financier et la contrainte des déplacements. La durée de la mesure d'injonction de soins et la multiplication des intervenants au sein du dispositif sont des critiques plusieurs fois avancées. Toutes ces contraintes sont un frein à la réinsertion professionnelle selon les participants à l'étude.

Le **coût financier** par exemple est un élément mis en avant par deux patients, aussi bien pour la société que pour eux-mêmes. Trois patients regrettent les

contraintes liées au déplacement ce qui entraîne pour eux une perte de temps et un coût non négligeable sur le plan financier :

« C'est ça, ils font des trucs, ils dépensent de l'argent pour rien, pour rien. » Entretien 1

« En plus ça me coûte cher en déplacement. J'habite assez loin, de l'autre côté de Toulouse, ça fait loin. [...] Ca coûte cher à tout le monde et on comprend pas grand chose à tout ce qui nous arrive. » Entretien 2

La **durée** de la mesure d'injonction est jugée trop longue par deux participants à l'étude :

« M'embêter jusqu'en 2023, ça servira à quoi ? Me dire tous les jours : tiens le mois prochain faut aller là-bas. Je viens ici mais j'en ai rien à faire. » Entretien 1

« Après au contraire, ça m'a servi et c'est pas mal quoi. Faut le faire, quoi. Peut-être pas aussi longtemps mais faut le faire. [...] Cinq ans ça commence à faire long. Je crois que c'est le maximum pour moi. »

Un patient estime que la mise en place de la mesure de l'injonction à la sortie de détention est trop longue :

« Mais oui, ça a mis un moment avant de se mettre en place. C'était un peu long à mes yeux. Dans mon cas j'avais décidé de faire attention, d'aller dans la bonne voie. Mais je pense que la personne qui, qui s'en moque ou qui a décidé que ça servirait à rien, ça peut être, le début est pas forcément très restrictif. » Entretien 3

Enfin, la **multiplication des intervenants** est un problème pour un patient.

« Honnêtement je vois pas ce que ça peut me faire de plus de voir plusieurs personnes. [...] Je sais pas pourquoi y'a plusieurs personnes à voir. Tout ça c'est perturbant parce qu'on sait pas à qui à qui, comment, quoi. Honnêtement c'est perturbant. Si on avait à faire qu'à une seule personne. »

Entretien 2

Ainsi trois patients mettent en avant la **difficulté de réinsertion professionnelle** en lien direct avec les contraintes de la mesure d'injonction de soins :

« La réactivité mais ça c'est une question d'organisation tout simplement. Après... la disponibilité aussi. Le Dr P malgré, enfin bien qu'elle fasse tous les efforts possibles, y'a des fois où on a du mal à trouver un rdv. Comme je vous dis, j'ai beaucoup de chance d'avoir des employeurs qui ne regardent pas les horaires que je fais, si je fais mes huit heures par jour. Mais quelqu'un qui est tenu à pointer, je sais pas comment il pourrait faire ... par chance j'ai pas ce problème là mais c'est vrai que tenir la mesure quand vous travaillez, en plus quand vous voulez faire vos preuves la plupart du temps parce qu'on vous a mis en prison, on vous a rejeté de la société quand même. Donc si vous avez un minimum de fierté vous voulez faire vos preuves. La mesure peut vraiment être négative. » Entretien 3

« Fallait dire que quand je travaillais à l'école vétérinaire, tel jour et tel jour je peux pas car j'ai des rdv à tel et tel endroit. A cause de ça je loupe des journées de travail mais après, c'est une habitude [...] Des fois même quand on m'appelle pour le travail, je dis non je peux pas parce que j'ai rdv à tel et tel endroit. D'un côté j'y perds un peu pour le travail. » Entretien 8

### ➤ **Les contraintes éthiques de la mesure d'injonction de soins**

Un patient évoque la **déresponsabilisation** du système judiciaire face à la délinquance sexuelle avec ce dispositif d'injonction de soins.

*« Parce que le juge, quelque part, il se décharge un peu, il tient le parasol. C'est pas le parapluie, c'est le parasol. Il se protège. C'est ça quelque part derrière, c'est malsain. C'est pas bon. En discutant avec le détenu, en discutant franchement, est ce que vous n'estimez pas que vous auriez besoin de soins patati patata... ». Non voilà c'est : « je vous donne ça tatata » et comme ça on est tranquille, on est débarrassé. Après, démerdez vous les psychiatres : Psychiatres et SPIP parce que les SPIP qui suivent derrière aussi. Donc, je sais pas si... est ce que c'est de la poudre aux yeux pour le public ? » Entretien 10*

De plus, deux patients critiquent la **généralisation** de la pensée autour de la violence sexuelle et la prise de mesures parfois systématique sans tenir compte de l'individualité.

*« L'impression que des mesures ont été prises de manières systématiques, mécaniques, sans aucune réflexion. Ils ont pris des mesures sans se poser la question. Enfin moi ça me dérange pas, c'est eux. » Entretien 4*

*« Après j'aime pas aussi le fait de mettre les gens tous dans le même bateau, tous ceux qui ont commis des faits. Parce qu'il y a autant d'êtres humains que de pensées, on a tous une vision de la réalité qui est différente les uns des autres, on fonctionne pas du tout pareil » Entretien 12*

## 2.6. Les bénéfices de la mesure de soins pénalement ordonnés

Sept patients perçoivent une **majorité de bénéfices** à la mesure d'injonction qui leur a été ordonnée par le juge. Ces bénéfices apparaissent sur le plan personnel mais également en terme de prévention de la récidive.

*« Ca a changé ma vie quand même. [...] Je conseillerai à tout détenu quelque soient les faits qu'ils aient commis de passer par là. » Entretien 3*

*« C'est grâce à elle que j'ai pu enfin dialoguer. [...] Je prends la vie autrement qu'avant grâce à Dr P. » Entretien 6*

« *Ca m'a apporté le respect.* » Entretien 8

➤ **Des bénéfices personnels à la mesure d'injonction de soins**

Les bénéfices psychologiques personnels sont ceux qui sont mis le plus fréquemment en avant par les patients. La prise en charge en injonction de soins apporte ainsi une aide psychologique à différents niveaux :

Elle permet un **travail sur la sortie de détention** pour quatre patients. Ce moment du retour à la liberté est souvent vécu de manière traumatique de même que l'incarcération.

« *Vous savez quand vous faites quatorze ans de prison, c'est pas facile. Y'a la peur de la sortie, y'a la peur des autres, y'a beaucoup de choses qui s'instaurent. [...] Je sais que je peux avoir une aide, une écoute.* » Entretien 9

« *Peur de retourner en prison, ça j'y retournerai jamais, ça c'est clair mais le fait de parler avec Dr P ça me passe.* » Entretien 6

Certains patients évoquent un **travail sur le passage à l'acte et sur la sexualité déviante** :

« *Ca m'aide à comprendre que euh ... ce que j'ai fait par le passé c'est pas forcément... on dit ouai perversion, c'est un pervers. Non, c'est une maladie mais pour moi personnellement, pour le connaitre en tant que maladie, ça a été très difficile, je sentais pas comme ça.* » Entretien 10

« *J'ai encore des envies ou des pulsions, je peux en parler, j'ai une écoute. Je sais à qui je peux en parler mais si j'ai des envies, de la libido ou des envies de petite fille.* » Entretien 9

Un patient mentionne un **travail sur l'histoire personnelle de vie** :

*« J'en tire un bénéfice personnel déjà parce que je parle de mon enfance, je règle des problèmes. » Entretien 12*

La prise en charge en injonction de soins permet à plusieurs patients un **travail sur l'image de soi**, une aide à la **renarcissisation** et un **travail sur les relations inter-personnelles** ;

*« A se réconcilier avec soi-même, premièrement. Surtout dans des faits qui m'ont été reprochés. J'avais du mal à me supporter moi-même. » Entretien 3*

*« Quand j'ai quelque chose à dire, je ne vais pas prendre des gants. Avant j'aurai dit non, j'aurai rien dit. Là, moi si un truc me va pas, je le dis en face, je mâche pas les mots. » Entretien 2*

*« C'est sûr que j'ai un peu plus confiance en moi, mais c'est pas le top encore. » Entretien 12*

Enfin, la prise en charge en injonction aide à la **socialisation**, à la **réhabilitation** et à la **réinsertion**.

*« Ca me fait sortir de chez moi. » Entretien 2*

*« Ca ne peut être que positif et apporter une aide à la réhabilitation et à la réinsertion sociale. » Entretien 3*

*« Aller vers les autres, parler davantage, parce que moi avant... j'ai toujours été solitaire. » Entretien 6*

### ➤ **Un outil de prévention de la récidive**

Cinq participants à notre étude mentionnent que l'injonction de soins est un dispositif posant **des limites**, un **cadre** et permettant ainsi la prévention de la répétition du passage à l'acte.

*« Pour nous remettre la vérité en face, pour dire de pas récidiver. [...] Le positif c'est que ça nous oblige toujours à faire attention avec qui on traîne. Et même quand je vois des gamins qui sont seuls et faire comme certains y aller. Moi je me mets une barrière, les gamins je les vois pas. » Entretien 8*

*« Après qu'est ce que ça m'apporte... oui c'est sur y'a aussi, ça fait aussi une raison de plus de dire « je ne vais pas recommencer ». On sait qu'on est suivis. Après ça fait quand même comment on appelle ça... Ca met des limites même si après je sais pas comment fonctionnent les autres, je suis pas dans leur tête. J'ai mes limites mais ça m'impose des limites supplémentaires. » Entretien 12*

*« C'est un garde-corps envers une personne qui pourrait disons, qui aurait pu enfin qui pourrait plus ou moins, qui pourrait disons reprendre, reproduire le même acte que ce qui l'a conduit en détention. » Entretien 4*

## **2.7. Les propositions d'amélioration**

La question de l'amélioration du dispositif a été posée à tous les participants à l'étude. Sept patients proposent des pistes d'amélioration. Pour les autres participants, soit ils n'avaient pas d'idée, soit ils ne savaient pas répondre à la question.

Un thème qui a été mis en avant par au moins cinq patients c'est le travail sur la liaison entre le milieu fermé et le milieu ouvert. Les patients proposent d'améliorer le dispositif de préparation à la sortie à travers l'octroie de permission, la rencontre des intervenants de l'injonction de soins dès la détention.

*« Oui des permissions de sorties... j'y ai jamais eu droit. Enfin on va pas revenir en arrière. Des permissions, avoir une conditionnelle, chose qu'on m'a pas proposé non plus. Alors tout ça on sait pertinemment que ça évite aussi la récidive. » Entretien 9*

*« Je trouve que c'est un peu une forme d'abandon, c'est mon sentiment. [...] Comme ça que je l'ai vécu parce qu'on vous met dehors. En plus moi c'était un jour férie. On m'a clairement... on m'a posé les valises devant la porte et on m'a dit « débrouillez vous ». Enfin c'était... alors je pense qu'à ce niveau y'aurait un effort à faire. Simplement avant de sortir, d'avoir un rdv, de savoir où on va. J'aurai apprécié. » Entretien 3*

Deux patients évoquent la question du consentement aux soins. Ils insistent sur l'importance du **travail éducatif** à propos de l'injonction de soins et l'information du patient. Cette information pourrait se faire d'après un patient avant la sortie de prison.

*« Je pense qu'il est plus important d'expliquer aux gens pourquoi avant de leur imposer. Oui d'expliquer aux gens pourquoi on leur impose ça. Que c'est pas forcément négatif, c'est pas parce que c'est une décision de justice qu'il faut le prendre comme une obligation ; ça c'est important et je pense que c'est le psychologue en prison ou le psychiatre à le faire, essayer de semer une graine qui pourra faire quelque chose en sortant. » Entretien 3*

Un patient souhaiterait s'adresser à **un seul interlocuteur** ce qui améliorerait la relation de confiance :

*« Et avoir une seule personne à qui se confier ce serait bien. Quand on prend confiance, on peut dire vraiment ce qu'on sur le cœur. » Entretien 2*

Un patient propose des **interventions au domicile** et un suivi par des **éducateurs** au sein du dispositif d'injonction de soins.

*« Il y aurait dans ce cas, une intervention au domicile des personnes pour voir comment ces personnes vivent car venir dans un bureau c'est bien mais voir son intérieur c'est bien aussi. » Entretien 8*

*« Le suivi à l'extérieur mais par des éducateurs de rue. On en fait voir de leur travail auprès des jeunes difficiles ; pourquoi pas ? Le mot éducateur de rue*

*c'est peut être pas le bon truc. Accompagnant social par exemple, un nom qui rappelle pas le centre carcéral. Qu'est ce que vous voulez, on y est passé, on y est passé. [...]. En toute sincérité. Il faut impérativement être accompagné. C'est un effort à faire par les pouvoirs publics pour éviter la récidive, je dis pas qu'il n'y en aura pas parce que... » Entretien 8*

Enfin, un patient se plaint du manque de connaissance sur les auteurs de violence sexuelle. Ceci serait également une piste à améliorer : favoriser la **formation** et l'**information** sur la violence sexuelle.

*« Et surtout qu'ils arrêtent de faire des amalgames... comment on appelle ça, qu'ils puissent faire du cas par cas et pas des généralités. J'en ai marre des généralités, par rapport aux actes, par rapport aux pédophiles. Toutes les motivations sont différentes, tous les actes sont différents. Voilà. C'est vrai que certains faits sont tellement atroces que voilà, on peut pas changer les mentalités comme ça. Y'a encore trop de peurs, trop de méconnaissances là dessus. On en souffre. Je vais à une conférence d'ailleurs le mois prochain. » Entretien 9*

## 2.8. La question du passage à l'acte

La question du passage à l'acte pour lequel les patients ont été condamnés à cette mesure d'injonction de soin n'était pas abordée directement au cours de l'entretien semi-directif de recherche. Il était seulement demandé aux participants, en début d'entretien, de nous indiquer les faits pour lesquels ils avaient été condamnés. Il était signalé aux patients que nous n'attendions pas de précisions sur ce sujet car ce n'était pas l'objet de notre recherche.

Plusieurs patients ont cependant évoqué les faits qui les ont menés à cette condamnation. Il nous a paru important d'ajouter dans notre analyse un chapitre sur leur positionnement actuel par rapport au passage à l'acte. Nous avons analysé cette question du passage à l'acte selon une analyse thématique mais qui ne sera pas présentée de la même manière que précédemment pour des questions de clarté et pour mieux appréhender l'essence du discours des patients.

Attention toutefois, si il nous a paru important de restituer le point de vue des patients sur leur passage à l'acte et d'introduire quelques perspectives cliniques, nous tenons à souligner que notre position de chercheuse sur un unique entretien destiné à une analyse qualitative ne permet pas un travail clinique proprement dit et nous ne formulons que des hypothèses.

Six patients sont revenus sur les faits pour lesquels ils ont été jugés et condamnés à la mesure d'injonction de soins.

Deux participants à l'étude ne reconnaissent pas les faits pour lesquels ils ont été condamnés.

*« On ne reconnaît pas des choses qu'on n'a pas faites. [...] Ils m'ont condamné sur des soi disant. » Entretien 1*

*« Parce que je ne l'ai pas perpétré. [...] Répondre à leurs besoins, il me fallait bien les garder propres pour leur intégration et ça j'y tenais parce que bon, par honneur personnel. [...] Après ils ont interprété comme ils ont voulu mais enfin, non. » Entretien 4*

Ces deux patients adoptent tous les deux le même positionnement de **victimisation** pouvant mettre en évidence une **activité projective** de leur part.

*« Comme on dit dans une grande famille pareille, hein. Je peux dire que j'ai été traité comme un entrepreneur, quand y'a des bêtises de faites dans une entreprise, c'est pas les ouvriers, c'est le chef d'entre eux qui prend. » Entretien 4*

Un des patients tient un discours qui pourrait être celui d'une victime de violences sexuelles *« c'est affreux quand vous vous rendez compte qu'ils vous obligent à faire des trucs que vous voulez pas faire. [...] Ils m'ont mis une peur en moi. [...] J'estime qu'ils ont fait des trucs mal, moi et tant d'autres, mais c'est de la souffrance sans arrêt. » Entretien 1*

Dans l'entretien 4, les victimes (les enfants du patient) sont disqualifiées « *Disons que c'était fort difficile parce que chaque enfant était disons jaloux l'un de l'autre, disons, de la possession de l'un, de l'autre [...] La plupart des rapports psychiatriques, il ressortait qu'ils étaient immatures, ils avaient une attitude borderline, des choses comme ça.* » ce qui pourrait souligner **l'absence de reconnaissance des victimes comme sujet.**

Cinq patients reconnaissent les faits qui leur ont été reprochés et les évoquent au cours des entretiens :

➤ **Entretien 2 : « une histoire d'amour »**

Le patient évoque une **histoire d'amour** avec sa fille « *moi je suis pas porté sur les enfants puisque j'ai fait une connerie avec mes enfants. [...] Je me suis rapprochée d'une personne qui m'aimait et qui me disait tout le temps m'aimer.* » Dans ce cadre là, l'enfant-victime est surinvesti sur le plan narcissique et érotique. Il semble exister également une confusion entre affectivité et sexualité où le statut particulier de l'enfant n'est pas reconnu.

L'auteur essaie de se représenter ce qui dans l'environnement pourrait être une cause au passage à l'acte. Dans cet entretien, l'agresseur retient des **causes exogènes** à son passage à l'acte : « *J'ai eu ce problème avec ma fille ce qui est la conséquence de longs trucs qui se sont passé à la maison. Ca a été l'enfer [...] Dépression, maladie, opération, perte d'un emploi, ma femme qui me faisait cocu, j'étais pas au courant mais tout le monde dans le village le savait, sauf moi [...] Ca a été une histoire d'amour par rapport à la mère qui nous a laissé choir.* » La victime elle-même est perçue par l'agresseur comme responsable des faits puisqu'elle se mettait dans une position de séductrice envers son père, il pourrait s'agir d'un **retournement de culpabilité** : « *Et papa* » tout le temps, tout le temps. *C'était une gamine adorable, adorable, elle me disait « mais non papa c'est rien ». Et tout le temps proche, trop, trop proche de moi, trop proche de moi [...] Et la gamine après bon elle a commencé à me voir le corps, à touche « papa, c'est quoi » ceci cela et bon ça a été très dur. »*

Même si cet homme a reconnu les faits qui lui étaient reprochés, il persiste une certaine ambivalence. La victime est disqualifiée et son « statut de victime » n'est pas reconnu par son agresseur : il n'évoque par exemple pas les conséquences que les actes ont eu sur sa fille. *« C'était plutôt une affaire d'argent que de sexe. Et ça fait mal. »*

Enfin, le patient dénonce les faits de violence sexuelle en général. On peut voir là une intégration différente des Interdits pour soi-même et pour les autres, un rapport différent à la loi pour eux-mêmes et pour les autres. Ceci est retrouvé dans plusieurs entretiens de notre étude *« Qu'est ce qui m'est arrivé, jamais de la vie... en plus à l'époque avant que je le fasse, j'étais le premier à crier à la télé à dire, « putain ce salopard, il a touché les gosses, c'est pas bien ce qu'il a fait ». Et puis ça m'arrive à moi. Vous imaginez moi qui dit ça aux autres et ça m'arrive à moi ! »*

#### ➤ **Entretien 10 : « c'est l'opportunité »**

Ce patient évoque sa pédophilie et essaie de mettre en mot son histoire et de la comprendre. Il explique avoir ressenti une attirance pédophilique depuis l'adolescence avec des passages à l'acte sur sa sœur et ses amies, ces faits sont banalisés par le patient : *« ça a commencé je devais avoir quoi, dans les 11-12 ans, avec ma sœur. Bon c'était des attouchements, on s'amusait, on rigolait, bon à l'époque c'était comme ça. Je dirai pas que tout le monde est passé par là mais on jouait a touche pipi. Voilà bon. Et puis jusqu'à mes 17 ans environ, alors c'était ma sœur, c'était des copines à elle. Ca n'a jamais été bien loin. »*

Les fantasmes pédophiliques seraient réapparus à l'âge de 40 ans au moment de la rencontre avec une petite fille *« avec qui ça a accroché »*. Le patient ne reconnaît pas le statut particulier de l'enfant *« un regard, un feeling avec elles... »*. L'auteur essaie de se représenter ce qui pourrait être la cause de son passage à l'acte. Il recherche ici des **causes endogènes** à son passage à l'acte : *« Et à partir de là, ça a continué pendant longtemps. D'où ça vient ? Ca c'est un truc qui me... qui me... je sais pas car moi à partir de... en deçà de mes 5 ans, j'ai aucun souvenir d'enfance. Et j'aimerais savoir d'où ça me vient ce truc. Est ce que moi on m'aurait fait subir*

*quelque chose, je sais pas j'en ai aucun souvenir. Ça me travaille un peu.* » et parle de sa « maladie ».

La victime est évoquée dans le discours du patient même s'il reste ambivalent sur les conséquences que pourraient avoir eu ces actes sur elles « *on se rend compte qu'on a peut-être fait du mal* ».

L'histoire de ce patient retrouve qu'il a été condamné deux fois pour des faits de violences sexuelles : une première fois pour viol sur mineurs et une deuxième fois, plus d'une dizaine d'année plus tard, pour détention d'images pédopornographiques. La reconnaissance de l'aspect déviant de cette sexualité mais également de son aspect illégal n'a pu finalement se faire que grâce à l'action judiciaire qui est venue mettre un terme à la répétition des passages à l'acte. « *Non parce que j'ai pris conscience que c'était pas bien et puis après y'a eu, disons cette curiosité malsaine où je suis allé sur internet parce que j'avais vu ça, par curiosité. Je suis allé sur internet et j'ai récupéré des trucs voilà. Ça ça a été idiot, sans vraiment d'intérêt. Ma première défense ça a été : ben écoutez, je suis chez moi, j'ai agressé personne, j'ai fait de mal à personne.* » *Oui mais vous vous rendez compte, lorsqu'ils ont été filmé ou photographié, eux ont subi* ». *Oui c'est vrai... oui c'est vrai, là c'est encore un autre truc ou j'ai pris conscience que oui effectivement, bon... l'offre appelle la demande mais ça fait des victimes.* »

On comprend à travers la parole du patient qu'il **persiste des fantasmes pédophiliques** « *ayant maintenant ces comportements disons « carrés », il m'arrive quand même de repenser à mes actes passés. C'est un peu mitigé* ».

➤ **Entretien 11 : « une branlette... excusez moi... ça a jamais tué personne »**

La reconnaissance des faits est partielle et le passage à l'acte est banalisé chez ce patient qui présente des traits de personnalité narcissique.

Il est dans une certaine provocation au cours de l'entretien : il dit ne pas avoir de culpabilité ou de remords. « *M'ouvrir un cas de conscience ? Un sentiment de culpabilité ? J'en ai pas. Mea culpa, mea culpa. Zéro.* »

Il ne reconnaît pas « l'intrusion corporelle », le terme de viol est refusé et explique que la victime était consentante. « *Quelqu'un qui fait comme moi une branlette... excusez moi... ça a jamais tué personne. Bon ! Surtout quand c'est réclamé.* »

## PARTIE IV : DISCUSSION

---

### 1. Forces et limites de l'étude

#### 1.1. Les forces de notre étude

Une des forces de notre étude réside dans le fait qu'il s'agit d'une étude originale et unique puisque aucune autre recherche explorant le vécu des individus condamnés à une injonction de soins n'a, à notre connaissance, été réalisée.

L'objectif de cette étude n'était pas de généraliser mais d'explorer les vécus des participants par rapport à la mesure d'injonction de soins. Il s'agissait de se placer dans une logique compréhensive plutôt qu'explicative : le choix de l'analyse qualitative nous a donc paru le plus approprié et le plus adapté au sujet de recherche.

L'échantillon recruté nous semble pertinent. Il ne prétend cependant pas être représentatif de la population des Auteurs de Violence Sexuelle suivis en injonction de soins. Il nous semble néanmoins un bon reflet des différents profils que l'on peut retrouver au sein de cette population.

La méthode d'entretien semi-dirigé a permis une expression libre des participants et la rigueur méthodologique que nous avons appliquée à cette recherche avait pour objectif de limiter au maximum les biais inhérents à l'analyse qualitative. Nous avons donc suivi les principes énoncés par P. Paillé et A. Mucchielli : (66)

- la restitution écrite des données à analyser,
- les impératifs de complétude et de justesse,
- l'exigence d'enracinement qui est la possibilité d'examiner à tout moment l'expérience communiquée en vue d'arriver à une imprégnation significative des données,

- la conservation des données selon un système de classification et d'annotations clair.

## 1.2. Les limites de notre étude

Nous pouvons mettre en évidence plusieurs limites à notre étude.

Tout d'abord, le faible nombre de patients recrutés ne permet pas une généralisation de nos résultats. Cependant ce nombre est largement suffisant pour une analyse qualitative, ce d'autant que nos entretiens étaient riches et les données recueillies largement fournies. De la même manière il aurait été intéressant de comparer les résultats en fonction de la durée effective du suivi en injonction de soins.

Les entretiens semi-directifs, même s'ils ont été faits dans l'écoute, le respect et la curiosité de l'autre nécessitaient une attitude neutre de l'interviewer. Nous avons essayé de tenir cette position de neutralité mais parfois notre discours a pu inférer celui des patients et nos opinions ont parfois pu influencer les dires de ces derniers.

Notre étude a été réalisée uniquement parmi les patients suivis dans les CMP de l'hôpital Gérard Marchant, cela peut représenter un biais de sélection. En effet, grâce au département d'information médicale de cet établissement, nous avons pu avoir accès à la file active des patients auteurs de violence sexuelle suivis en injonction de soins par les service de l'hôpital Marchant mais non à ceux suivis par le CHU ou en libéral.

Le recrutement des participants pour l'étude a été réalisé par l'intermédiaire des psychiatres traitants. Il peut donc exister un biais de recrutement par ces derniers. Par ailleurs, on peut se demander si ce n'est pas seulement les patients investis dans le soin qui ont répondu favorablement à la participation à l'étude. Nous avons de plus recruté des patients suivis exclusivement par des psychiatres et non par des psychologues. Cela peut présenter un biais important de recrutement. Ce fonctionnement est propre à l'hôpital Gérard Marchant où les AVS en injonction de

soins sont systématiquement suivis par un médecin psychiatre. Il peut cependant arriver que la prise en charge psychiatre/psychologue soit conjointe mais jamais exclusive par un psychologue.

Pour les patients, la prise en charge en injonction de soins implique des enjeux importants notamment sur le plan judiciaire. Il est possible qu'il y ait un biais de désirabilité sociale dans le recueil des données en lien avec le fait que les patients aient pu donner des réponses socialement acceptables ou présenter un discours qu'ils pensaient conforme aux attentes du chercheur.

Enfin, l'un des principaux biais des études qualitatives est la difficulté de neutralité quant à l'analyse des données. La méthodologie de l'étude qualitative conseille une « triangulation d'analyse » ce qui correspond à la combinaison et la superposition de plusieurs sources ou techniques de recueil et d'analyse de données pour limiter les biais de chacune d'elles. C'est par exemple la triangulation des chercheurs où la recherche a recours aux points de vue de plusieurs chercheurs. Cela n'a pas été possible en pratique pour notre étude.

## **2. Principaux résultats**

### **2.1. Population de notre étude**

#### **2.1.1. Données sociodémographiques**

Il est, dans un premier temps, intéressant de noter le faible nombre de patients suivis en injonction de soins dans les CMP de l'hôpital Gérard Marchant : seulement 38 selon les données du DIM sur une population totale d'AVS en injonction de soins d'environ une centaine en Haute-Garonne. Même si nous n'avons pas les données concernant le secteur du CHU, ceci va à l'encontre des résultats de notre mémoire sur le sujet puisque nous avons mis en évidence que pour presque trois quart des patients AVS pris en charge par le SMPR de Muret l'orientation à la sortie de prison se faisait vers le secteur public. (6)

Les patients suivis en injonction de soins sur l'hôpital Marchant sont tous **des hommes**. Il reste encore aujourd'hui une difficulté à établir la proportion exacte des femmes au sein de la délinquance sexuelle. Dans l'esprit de beaucoup, les infractions à caractère sexuel sont l'apanage des hommes ce qui pourrait expliquer le peu d'études réalisées sur le sujet. (68) Les femmes sont cependant clairement représentées au sein de la population condamnée pour des affaires de mœurs puisqu'elles représentent 7,2 % des condamnations totales dans ce cadre là, selon un rapport du ministère de la Justice de 2009.

Les études réalisées sur la population suivie en injonction de soins retrouvent une population quasi exclusivement masculine avec plus de 98% d'hommes parmi les condamnés à un SSJ assorti d'une injonction de soins. (60, 69, 70)

La population suivie en injonction de soin dans notre étude est donc exclusivement **masculine**, l'âge moyen est de **50,5 ans**. Il s'agit d'individus **célibataires** essentiellement ayant **au moins un enfant**. Ce sont souvent des personnes **inactives sur le plan professionnel**.

Dans leur revue de la littérature, Orsat et al. (71) ont montré que l'âge moyen des individus suivis en injonction de soins se situe autour de 40 ans : notre population est un peu plus âgée.

Dans une thèse toulousaine sur les critères experts indiquant une injonction de soins, le Dr Dubin a mis en évidence qu'au moment de l'expertise pré-sententielle, 49% des individus se déclaraient comme étant impliqués dans une relation sentimentale et que seulement 37% étaient inactifs. (72) On observe donc après plusieurs années d'incarcération un isolement familial et une désinsertion professionnelle. Ces deux éléments, le célibat et l'inactivité professionnelle, sont des facteurs de risque de récidive. Plusieurs études et méta-analyses ont montré que les individus vivant seuls ont un risque plus élevé de récidive. (73, 74, 75, 76) De même, une étude au Canada a montré qu'il existe une corrélation entre les fonctions socio-affectives et notamment le manque d'emploi et le risque de récidive sexuelle ( $r=0,34$ ). (77)

### 2.1.2. Parcours de soin

**La totalité des patients rencontrés au cours de notre étude a bénéficié d'un suivi psychiatrique en détention.** Cela montre l'efficacité du dispositif d'incitation aux soins en milieu pénitentiaire. Ces résultats sont concordants avec ceux de notre mémoire sur « Le dispositif de prise en charge des AVS, incitation au soins et travail de lien avec le milieu ouvert : l'exemple du centre de détention de Muret » qui mettait en évidence que plus de 90% de la population AVS du CD de Muret a bénéficié de soins au SMPR. (6) Cette incitation s'appuie sur le fait que la demande spontanée de soin est rare chez cette population du fait de leurs mécanismes de défense. Cependant, les entretiens cliniques réalisés lors de la recherche de Balier ont montré que dans un cadre sécurisant, adapté à leur problématique et prenant en compte leur rythme de changement, certains patients auteurs de violence sexuelle sont capables de formuler une demande. (39)

Toutefois, il est à regretter, comme le fait remarquer le Dr Paulet dans sa contribution à la conférence de consensus sur la prévention de la récidive, que l'automatisme de l'incitation aux soins dénature sa fonction. La « participation » aux soins apparaît comme garant d'une motivation à se réinsérer au même titre que le travail, la formation professionnelle ou l'indemnisation des victimes : condition sine qua non d'obtenir des remises de peines, des permissions et un aménagement de peine. Le « soin » devient alors une « formalité de plus dans le dispositif ». (78)

La prise en charge thérapeutique actuelle des patients au sein des CMP est constituée pour la très grande majorité (onze patients sur les douze de notre étude) de **suivis en individuel** et le plus souvent **par un seul intervenant**.

La prise en charge pluridisciplinaire de cette population AVS est pourtant recommandée au vu de la problématique de ces sujets et de leur principal mécanisme de défense, le clivage. Il est donc important de favoriser la prise en charge à plusieurs autour de ces patients. Cela permet de se dégager du problème du tiers et de la question du clivage. Cette nécessité de travailler en équipe, en réponse au clivage, a bien été développée par Balier avec le rôle de « pare-excitation » de l'institution. (38)

La question du format de psychothérapie dans la prise en charge des Auteurs de Violence Sexuelle, en individuel ou en groupe, n'est pas bien tranchée par la littérature. Chacune a ses avantages : la prise en charge groupale est par exemple adaptée chez cette population puisqu'elle donne une place centrale à la reconnaissance de l'Autre et aux relations interpersonnelles. Dans une méta-analyse de Lösel et al. (79), un effet bénéfique stable est observé lorsqu'une part importante de la psychothérapie se fait sous forme de groupe : soit lorsque la psychothérapie utilise majoritairement la modalité de groupe, c'est-à-dire des psychothérapies de groupes couplées avec des psychothérapies individuelles (OR = 1,57 IC95 % (1,02 – 2,42)), soit en cas de thérapie mixte associant des prises en charge en groupe et en individuel (OR = 2,45 IC95 % (1,36 – 4,40)). Dans le cas des thérapies majoritairement individuelles, un effet bénéfique non significatif est observé. Un résultat non significatif est également observé dans les psychothérapies qui utilisent uniquement la modalité de groupe (OR = 1,12 IC95 % (0,76 – 1,66)). **Il semble donc nécessaire de coupler thérapie individuelle et thérapie de groupe afin de maximiser les bénéfices.**

Un seul patient de notre étude bénéficie d'un traitement antihormonal freinateur de la libido. La conférence de consensus de 2001 « psychopathologie et traitement actuel des agresseurs sexuels » avait recommandé de développer la pharmacothérapie antihormonale en association à la psychothérapie. (20) De nombreuses études ont démontré l'efficacité d'une telle association dans la prévention de la récurrence. Malgré cela la prescription d'anti-androgènes reste confidentielle autant en détention qu'en milieu ouvert. (61) Ceci peut s'expliquer par la faible formation des psychiatres à la prescription de ce type de médicaments mais également par les représentations des patients et des professionnels concernant cette chimiothérapie. La prescription d'un traitement anti-androgène nécessite le consentement des patients or notre étude a montré que les patients avaient une vision très négative voire violente du traitement : ils emploient en effet un discours en lien avec la symbolique de la torture, de la perte de contrôle et de l'impuissance.

## 2.2. Une bonne perception des rôles des intervenants mais des limites mal définies

Les rôles de chaque intervenant nous semblent plutôt bien intégrés par les patients.

Ces derniers appréhendent la fonction du psychiatre traitant du côté du Soin. Son appartenance au corps médical est bien repérée et sa fonction de psychothérapeute aussi.

La loi du 17 juin 1998 a provoqué d'importants débats et de vives réactions chez les psychiatres et psychologues. Ils ont de suite mis en avant leur volonté d'indépendance vis à vis de la Justice et leurs craintes d'être perçus comme partie intégrante du système judiciaire. Les soignants craignaient, comme le prévoyait initialement la loi Toubon, que le dispositif apparaisse comme « une peine de soin » et ainsi de devenir « des auxiliaires de justice ».

La première chose que mettent en avant les patients, c'est le rôle de psychothérapeute de leur médecin. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le travail avec le thérapeute ne se focalise pas uniquement sur le passage à l'acte et sur la sexualité déviante. Les patients indiquent que le médecin traitant intervient avant tout pour aider à l'apaisement des souffrances, il soutient à la verbalisation des ressentis et des émotions, il guide la gestion des relations interpersonnelles et il aide à la renarcissisation et à la restauration de l'image de soi. Le psychiatre est donc là pour accompagner dans un travail d'introspection et de compréhension du fonctionnement psychique. Le travail sur le passage à l'acte n'est pas exclusivement présent dans le discours des patients mais finalement la réflexion menée sur eux-mêmes va permettre d'aborder cette question qui fait partie de leur histoire et de leur mode de fonctionnement. Cela rejoint ce qu'ont démontré plusieurs auteurs : la problématique de la violence sexuelle va souvent bien au-delà d'une problématique de sexualité mais doit s'interpréter comme une solution défensive face à des angoisses infantiles. (35,37,38) Une réflexion plus profonde sur soi, sur son mode de

relation à l'Autre va permettre secondairement un travail sur le passage à l'acte sexuel violent.

La place des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation au sein du dispositif d'injonction de soins est bien assimilée du côté de la Justice. Le rôle mis en avant par les condamnés est celui de suivre les mesures judiciaires et ainsi de veiller à ce que les obligations qui leur sont imposées par le juge soient bien respectées. Les CPIP sont perçus comme ayant un rôle de contrôle et de probation, ils permettent au condamné un rappel de la loi et du cadre de leur prise en charge. Les SPIP sont des services bien connus des patients puisqu'ils ont participé à leur suivi tout au long de leur parcours carcéral.

Les patients situent la place du médecin coordonnateur à l'interface de la Santé et de la Justice. Cette fonction n'existe pas en dehors du cadre de l'injonction de soins, pourtant elle nous semble repérée par les condamnés : le médecin coordonnateur a pour rôle de constater l'évolution psychologique et relationnelle des patients et il veille à la continuité de la prise en charge médicale. Une thèse réalisée en 2012 par le Dr Icher avait mis en évidence que les médecins coordonnateurs percevaient leur rôle dans le dispositif comme :

- d'informer la personne des missions du médecin coordonnateur,
- de vérifier que le suivi soit bien effectif,
- d'évaluer cliniquement l'individu afin de vérifier son évolution ainsi que l'absence de décompensation psychiatrique,
- et de prévenir la récurrence. (80)

Il nous semble donc que les perceptions concernant le rôle du médecin coordonnateur par ce dernier et par les individus en injonction de soins se rejoignent et sont en accord avec les textes législatifs.

Les patients s'accordent sur la mission du dispositif d'injonction de soins dans la prévention de la récurrence : chaque intervenant à son niveau et selon ses compétences y joue son rôle. Le cadre et ainsi la contenance que permet le dispositif favorise cette prévention de la récurrence.

Il existe donc un dispositif inter-contenant pour les patients où chaque intervenant a sa place et sa fonction. Comme l'explique Ciavaldini, cette inter-contenance implique une porosité entre ces derniers et un chevauchement des compétences de chacun. (40) Et c'est là qu'il nous semble exister une incompréhension de la part des patients : les limites sont floues. Les patients perçoivent par exemple un partage de l'information entre tous les intervenants sans le filtre du secret professionnel. Cela pose la question de la relation de confiance entre le patient et son médecin et de la capacité qu'ont ces individus à s'investir dans une relation de soin dans laquelle ils ont l'impression que la confidentialité n'est pas garantie. A contrario, cette transparence envers le juge, interprétée comme telle par le patient, peut conduire à une position de ce dernier en faux-self qui tiendra un discours conforme à ce que le juge attend de lui. (53) La priorité pour le soignant est donc d'instaurer un climat de confiance, base essentielle à une alliance thérapeutique de qualité. Cette relation de confiance pourra permettre au patient de verbaliser ses ressentis et émotions et de pouvoir engager un réel travail psychothérapeutique.

Il nous semble donc que l'organisation du dispositif d'injonction de soins est dans l'ensemble plutôt bien compris par les patients. Ces derniers sont cependant en demande d'informations sur la mesure, sur son sens et sur ce qu'ils peuvent en attendre. **L'information des condamnés avant la sortie de détention que ce soit par l'intermédiaire des soignants en milieu carcéral ou de fascicules destinés aux patients s'avère primordiale d'après nous.**

### 2.3. La violence du dispositif

Les thématiques de la violence, de l'agressivité et de la contrainte sont très présentes dans le discours des patients.

Comme l'expose Ciavaldini, « la violence de la Loi répond à la violence qui a fait loi dans l'acte d'agression » (53) : la violence du dispositif renvoie à la violence du passage à l'acte. Le dispositif d'injonction de soins est vécu de manière très violente par plusieurs patients. Le propre de la violence est de déshumaniser et de menacer

le sujet dans son essence même d'individu. C'est ce que ressentent certains patients vis à vis du dispositif. La violence entraînant souvent sur celui qui en est victime une sidération et une impossibilité de représentation mentale. On peut alors se demander quelle est la justification d'un dispositif vécu de manière aussi violente ?

Apparaît également la question de la contrainte qui est elle aussi au centre des discours des patients. Celle-ci est à distinguer de l'obligation qui est le lien de droit, souvent suite à une convention ou un contrat, par lequel une personne est astreinte à faire ou ne pas faire quelque chose. L'obligation requière une participation de la volonté c'est à dire une action libre de la part de celui qui obéit. La contrainte au contraire est « une violence exercée contre quelqu'un qui entrave sa liberté d'action », elle empêche toute manifestation de la liberté d'action d'un individu. (81) Le dispositif d'injonction de soins a été pensé comme un soin libre et consenti or on constate que dans le discours de certains patients ce n'est pas le cas. Ils ont certes donné leur consentement, puisqu'il est obligatoire, mais la mesure est vécue de manière non consentie. Là aussi comment s'investir dans un soin qui est vu comme contraint et qui est perçu de façon aussi violente ?

#### 2.4. Un investissement dans le soin qui diffère

Notre étude nous a permis de dégager trois attitudes dominantes face aux soins pénalement ordonnés :

- Des patients non investis dans le dispositif de soins
- Des patients qui investissent le dispositif sur le plan thérapeutique
- Des patients qui ont trouvé dans le dispositif une forme de soin

##### ➤ **Des patients non investis dans le dispositif de soins**

Pour quatre individus de notre étude, la relation thérapeutique est difficile à construire et le soin ne fait pas sens. Ils n'attendent rien de cette prise en charge qui leur est ordonné par le juge. Ces patients ont un discours le plus souvent violent et

méprisant envers l'injonction de soins et ne prêtent pas d'intérêt à l'organisation du dispositif.

Il est à noter que ce sont des individus qui ont eu un long parcours carcéral et donc un long parcours de prise en charge en psychothérapie aux SMPR. Ceci ne semble pas avoir fait évoluer leur regard sur eux-mêmes ou sur le passage à l'acte. Ce qui semble avoir fait trace à un moment donné dans cette population, c'est l'action judiciaire : elle a permis de stopper le cycle des passages à l'acte et de confronter l'individu à la réalité. Mais comme l'a bien montré Balier, les incarcérations ou condamnations ne suffisent pas à provoquer une transformation psychique. (39) Cette action judiciaire semble continuer d'agir comme un cadre et les rencontres avec les différents intervenants comme un rappel de la Loi.

Les individus présentant cette attitude face aux soins ont en commun de présenter un **déni des faits**, qu'il soit **total ou partiel**, au moment de la condamnation, ce positionnement n'ayant pas évolué malgré le suivi. Ce sont des **individus plutôt âgés** (plus de 60 ans), condamnés à des faits de **viol sur mineur** et qui ont passé de nombreuses années en détention (plus de 10 ans le plus souvent).

En voyant ces résultats, nous pouvons les rapprocher des interrogations autour de l'indication de la prise en charge thérapeutique de cette population auteur de violences sexuelles et notamment au cours de l'expertise pré-sentencielle. La question de l'indication de l'injonction de soins chez les individus ne reconnaissant pas les faits a longtemps fait débat et n'est à l'heure actuelle toujours pas tranchée. Dans une étude réalisée à Toulouse par le Dr Dubin sur les critères experts indiquant une injonction de soins, la reconnaissance de la totalité des faits est corrélée de manière très significative à la décision de l'expert en faveur d'une injonction de soins avec un odds ratio à 22. (72)

La conférence de consensus de 2001 indique que le déni des faits est une contre-indication à une prise en charge en injonction de soins. (20) L'expérimentation de la mesure d'injonction de soins par les professionnels a permis de faire évoluer les représentations : concernant les sujets auteurs de violence sexuelle à l'encontre

de mineurs de moins de 15 ans, la Haute Autorité de Santé, en 2009, recommande aux praticiens d'appréhender le déni au fil des entretiens, et d'utiliser le dossier pénal de l'auteur comme un levier thérapeutique en abordant les faits de manière distanciée. (82) Ceci autorise donc la prise en charge thérapeutique des AVS dans le déni ou la dénégation des faits.

Il est important de noter que le déni comme facteur de risque de récurrence n'est pas démontré. (74) Cependant, un article récent suggère que le déni est associé à une augmentation du risque de récurrence chez les AVS à faible risque de récurrence (par exemple dans le cas d'incestes). (83)

Notre étude montre que tous les patients étant dans le déni des faits ou les reconnaissant partiellement au moment du procès n'investissent pas les soins : ils ne présentent aucune demande et n'élaborent aucune souffrance. Le dispositif d'injonction de soins apparaît comme une « coquille vide », comme un cadre dans lequel rien ne se produit. Ceci pose le problème pour cette population de la pertinence du suivi sanitaire : dans ce cas ne serait-ce pas plus pertinent de s'orienter vers **des mesures d'accompagnement socio-éducatives** et ainsi privilégier les dimensions sociales, familiales et financières de la prise en charge ?

#### ➤ **Des patients qui investissent le dispositif sur un plan thérapeutique**

Nous avons pu montrer dans notre étude que pour trois individus, le dispositif d'injonction de soins semble atteindre ses objectifs du moins d'un point de vue « soignant ». Ce sont des patients qui s'approprient la contrainte, la demande du tiers, ici en l'occurrence celle de la justice. Ils ont trouvé grâce à ce dispositif un espace de parole non jugeant qu'ils investissent.

Les individus se montrant investis dans le dispositif sont plutôt des **hommes jeunes** ayant **reconnu les faits au moment du procès**. Ils ont été condamnés pour des faits de **violences sexuelles sur mineur** et présentent une **attirance pédophilique** entraînant une **souffrance personnelle**. Il est aussi à signaler que ce sont des individus qui ont mal supporté la sortie de détention avec un **vécu abandonnique** de celle-ci.

Nous pouvons rapprocher ce profil des cinq facteurs significatifs de réponse au traitement définis par Balier : (39)

- le sentiment « d'anormalité » au moment de l'acte
- la reconnaissance des faits reprochés
- *la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de leur acte*
- *le vécu de soulagement de l'arrestation*
- *la reconnaissance de l'exercice de la contrainte au moment de l'acte.*
- 

Du fait de notre sujet de recherche, nous n'avons pas pu explorer tous ces facteurs « prédictifs ». On peut cependant corrélérer le sentiment d' « anormalité » au moment des faits et la souffrance actuelle des patients. Ces patients se reconnaissent comme « malades » et ressentent une souffrance morale intense. Ils ont des capacités d'introspection et d'élaboration plutôt bonnes et vont être en demande d'un travail sur eux-mêmes : non seulement sur le passage à l'acte et leur sexualité déviante mais surtout sur leur mode de fonctionnement psychique et sur leur histoire personnelle. Le suivi permet un étayage du quotidien, au delà de la problématique « sexuelle » initiale.

Tous ces patients nous rapportent un vécu difficile de la sortie de détention. Celui-ci est un moment anxiogène pour les patients incarcérés, tout comme la période d'entrée en prison et celle autour du jugement. Cette période est particulièrement génératrice d'angoisse chez les Auteurs de Violence Sexuelle et peut être vécue comme un véritable abandon qu'il est difficile pour eux de mentaliser. Le risque étant que confronté à la libération, changement subit, le patient réactualise un système de fonctionnement psychique archaïque : positionnement de victime, recours à des mécanismes de confusion des interlocuteurs, fusion ou clivage avec les thérapeutes. (38) Au vu des difficultés relationnelles présentées par ces individus, la sortie de détention est hautement à risque et doit donc être préparée en amont autant avec le patient qu'avec les différents partenaires tant sur le plan social que psychologique. **Ceci implique donc un lien entre les équipes de la détention et celles du milieu ouvert garantissant un espace de transmission.**

➤ **Des patients qui ont trouvé dans le dispositif une forme de Soin**

Pour une partie des individus en injonction de soins, cinq dans notre étude, la prise en charge thérapeutique est peu investie. En se pliant à la contrainte des soins, ils **satisfont à une demande sociale** par l'intermédiaire du juge. Il s'agit alors plus d'une réponse à une demande qu'à une perception d'un réel besoin de leur part.

Dans cette classe de patients présentant cette attitude face aux soins, on retrouve les individus qui ont **reconnu les faits** pour lesquels ils ont été condamnés. Ils ont pour certains commis un **passage à l'acte (souvent unique) sur un adulte** et présentent un **faible niveau socio-éducatif**.

Le judiciaire permet une contenance, un cadre « *ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on n'a pas le droit de faire* », l'enjeu principal dans ce cas là est la prévention de la récidive à travers des **mesures socio-éducatives essentiellement**. Le cadre contenant et sécurisant du dispositif est important pour ces patients, c'est celui –ci surtout qui fait sens.

Ces patients là ne présentent pas de demande, n'expriment pas de souffrance particulière vis à vis de leur passage à l'acte si ce n'est concernant les conséquences « sociales » de celui-ci : incarcération, perte d'emploi, isolement social et familial, ... Le suivi médical est le plus souvent vécu comme les autres obligations sans investissement particulier « *je fais ce qu'on me dit de faire pour éviter de revenir de là où je viens* ». Il existe néanmoins une certaine appropriation du soin où malgré l'absence initiale de demande, **des aspects de leur fonctionnement psychique ont pu se travailler** même si l'élaboration et la mentalisation restent difficiles pour ces patients.

## CONCLUSION

---

L'injonction de soins est une pratique originale : au carrefour de la Santé et de la Justice, aux limites de la maladie mentale. Dans une société de plus en plus sécuritaire, l'injonction de soins peut apparaître comme une mesure de contrôle social ayant suscité de vifs débats : les soins peuvent-ils guérir la délinquance et notamment la délinquance sexuelle ? Pendant ces dernières décennies, de nombreux psychiatres ont travaillé autour de cette question et ont montré que certains auteurs de violence sexuelles peuvent bénéficier d'un traitement sanitaire : toutefois les soins pénalement ordonnés doivent prendre place au sein d'un dispositif plus global et le soin doit garder sa spécificité et son sens. Ainsi, la prise en charge sanitaire des auteurs de violence sexuelle peut participer à la prévention de la récidive mais il a essentiellement pour objectif de prendre en charge la souffrance et de faire émerger un investissement dans les soins permettant une amélioration du fonctionnement du sujet et de ses interactions sociales.

En ce sens, il était important pour nous à travers cette étude de participer à l'évaluation de ce dispositif relativement récent en donnant la parole aux patients et en évaluant précisément leur perception du dispositif, leur compréhension du cadre et leur inscription dans les soins.

Nos résultats issus de l'analyse qualitative de 12 entretiens semi-structurés avec des patients auteurs de violence sexuelle en injonction de soins montrent que le dispositif est dans l'ensemble bien compris par les condamnés. Cependant il paraît nécessaire de **développer l'information autour de la mesure dès l'incarcération, et notamment sur les articulations entre les différents intervenants et la fonction spécifique de chacun**. Une bonne compréhension du fonctionnement du dispositif, de ses enjeux et de son sens permettrait probablement un meilleur investissement dans les soins.

Notre étude, en écho à la multiplicité de la psychopathologie des auteurs de violence sexuelle, met également en évidence plusieurs profils de patients s'inscrivant différemment dans les soins. Ces données peuvent être intéressantes à

prendre en compte lors de l'expertise médicale évaluant la pertinence de la mise en place d'une injonction de soins. En effet, tous les individus condamnés pour agression sexuelle ne sont pas accessibles à une prise en charge psychothérapeutique ou médicamenteuse, et une **prise en charge éducative et sociale peut paraître plus appropriée pour certains d'entre eux**.

Enfin, les patients proposent des pistes d'amélioration intéressantes, notamment sur la question de la transition et du lien entre le suivi en milieu carcéral et en milieu libre.

A la lumière de ses résultats, à l'aube des 20 ans du dispositif et au vu du peu d'études sur l'efficacité de l'injonction de soins, il nous apparaît essentiel de poursuivre et développer la recherche sur le sujet. Ainsi, de nouvelles études pourraient se pencher sur les indications de l'injonction de soin, et sur l'évolution des patients pris en charge, tant sur le plan clinique qu'en terme de récurrence

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Ministère de la justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 ; mai 2014. [en ligne] <http://www.justice.gouv.fr>
2. COCHEZ F, GUITZ I, LEMOUSSU P. Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles, Actualités sociales hebdomadaires, N° spécial 2664, 18 juin 2010
3. Ministère de la justice, Ministère de la Santé et des Sports. Guide de l'injonction de soins, 2009, 67p. [En ligne] <http://www.sante-sports.gouv.fr>
4. Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. Février 2011. [en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
5. Blanc E. Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Assemblée Nationale, no 4421; 2011 [en ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr>
6. CALONGE J. Dispositif de prise en charge des auteurs de violence sexuelle, incitation aux soins et travail de lien avec le milieu ouvert : l'exemple du centre de détention de Muret. [Mémoire de DIU de psychiatrie médico-légale et criminologie]. Poitiers, faculté de médecine, 2015.
7. LANTERI-LAURA G. Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif. Journal Français de Psychiatrie 2001 ; 2 : 29-32.
8. HEMERY Y. Irresponsabilité pénale, évolution du concept. L'information psychiatrique, 2009/8 ; 85 : 727-733
9. ROELANDT. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soin et enfermement. L'information psychiatrique 2009/8 ; 85 : 525-535
10. PINEL P. Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale ou la manie. Reéd. Paris : L'Hartmann ; 2006
11. DENANTE F, BURTIN J-M, MILLERET G. La psychiatrie en prison: histoire des SMPR. Nervure septembre 1995 ; VIII ; 6 : 65-68
12. JUAN F. Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités. [Thèse pour le doctorat en Médecine] Angers, faculté de

- médecine, 2005.
13. SECHTER. Des rapport entre psychiatre et justice pénale : ressources et limites du modèle intégratif français. [Thèse pour le doctorat en Médecine] Nantes, faculté de médecine, 2010.
  14. DU MESNIL DE BUISSON G. Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soin, injonction de soin, soin volontaire dans la prise en charge des agresseurs sexuels ? In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, Paris : Ed John Libbey; 20011.
  15. CIM 10/ICD 10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : WHO; 1994.
  16. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. 3 ed. Washington DC: American Psychiatric Association;1980.
  17. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
  18. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013
  19. THIBAUT F. Approche psychiatrique des déviations sexuelles. Paris : Springer ; 2013
  20. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, Paris : Ed John Libbey; 2001
  21. VIGARELLO G. Histoire du viol XVIe-XXe siècles. Paris : Seuil ; 1998.
  22. Ministère de la justice. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. [en ligne] <https://www.inhesj.fr/>
  23. Ministère de la justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 ; mai 2014. [en ligne] [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/ppsmj\\_2014.PDF](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/ppsmj_2014.PDF)
  24. DEBAUCHE A. L'émergence des violences sexuelles intrafamiliales : un appui pour la visibilité des violences sexuelles en France dans les statistiques françaises ? Enfance famille et génération 22 : 136-158.

25. BAJOS N. et al. Les violences sexuelles en France, quand la parole se libère. Population et société, 445 ; 2008.
26. FINKELHOR D., JONES L-M. Why have child maltreatment and child victimization declined? Journal of Social Issues, no 62, p.685-716 ; 2006
27. Ministère de la Justice. Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé. [en ligne] [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/trimestrielle\\_MF\\_janvier\\_2014.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/trimestrielle_MF_janvier_2014.pdf)
28. Ministère de la justice. Infostat [en ligne] <http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/infostats-justice-10057/>
29. LAPLANCHE J, PONTALIS J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5<sup>ème</sup> éd. Paris : PUF ; 2007
30. PIROLOT G, PEDINIELLI J-L. Les perversions sexuelles et narcissiques. 2<sup>ème</sup> ed. Paris : PUF ; 2009
31. FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris : Gallimard ; 1905
32. BALIER C. Pression sociale et injonction légale : peut-on soigner les délinquants sexuels ? Actes du Vème séminaire du CEDEP, Montignac : 1996
33. Trésor de la langue française informatisé [en ligne] <http://www.atilf.atilf.fr>
34. MYNARD J. Perversité/perversion et de l'avantage de les différencier. Revue française de psychanalyse. 1983 ; 97-1
35. BALIER C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris : PUF ; 1988
36. RACAMIER P-C. Génie des origines. Paris : Payot ; 1992
37. BOUCHET-KERVELLA D. Existe t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, Paris : Ed John Libbey ; 2001.
38. CIAVALDINI A, BALIER C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris : Masson ; 2000
39. BALIER C, CIAVALDINI A, GIRARD-KAYHAT M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Direction générale de la Santé : Paris ; 1996
40. CIAVALDINI A. Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur de violence sexuelle, Intervention journées de l'ARTAAS, Marseille,

2009. [En ligne] [http:// www.artaas.org](http://www.artaas.org)
41. BALIER C. Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agression sexuelle, In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, Paris : Ed John Libbey ; 2001.
42. GRAVIER B., LEGOFF V., DEVAUD C. Thérapies actives, In : Ciavaldini A, Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris : masson ; 2000
43. BRACEN J., LOOMAN J. Issues in the treatment of sexual offenders. Recent developments and directions for future research. *Aggression Violent Behav* 2004; 9(3):229-46
44. Haute autorité de santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans [en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010/03/aas\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010/03/aas_recommandations.pdf)
45. THIBAUT F., DA LA BARRA F., GORDON H., COSYNS P., BRADFORD JM. WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:604-55.
46. MILGROM E., BOUCHARD P, OLIE JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. *Bull Acad Natle Méd* 2010;194:1033-104
47. BLACHERE P., COUR F. Pratiques sexuelles déviantes, paraphilies, perversions. *Progrès en urologie* 2013;23:793—803
48. LE DARE B., et al. Prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles. *Ann Pharm Fr* ; 2015
49. THIBAUT F. Approche psychiatrique des déviances sexuelles. Paris : Springer ; 2013
50. KAFKA MP. Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders : an open trial. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6:189-95
51. BRADFORD JM., MARTINDALE JJ., GOLBERT M. et al. Sertraline in the treatment of pedophilia : an open label study. In new research Program Abstract. NR 441. APA annual meeting ; 1996
52. KAFKA MP., PRENTKY R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias men. *J Clin Psychiatry* 1992;53(10):351-8

53. DUBRET G. L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin. *Ann Med Psychol* 2006;164:851–6
54. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice. Guide de l'injonction de soins 2009. [en ligne] : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guideinjonctiondesoins.pdf>
55. BLANC E. Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Assemblée Nationale, no 4421; 2011 [en ligne] : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4421.asp>
56. ABONDO M., CRAVS Bretagne. Les soins pénalement ordonnés : guide pratique à l'usage des praticiens en santé mentale
57. Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Services Judiciaires. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. Février 2011. [en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000147/index.shtml>.
58. Le BODIC C. et al. Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature. *Ann Med Psychol* 2015;173:197–202
59. KENSEY A. La réalité statistique des peines et mesures concernées par l'obligation de soins, le suivi socio-judiciaire. *Actualité Juridique Pénal*, 2009 ; 2, 58–62.
60. AUGER G. et al. Evaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violence sexuelle en Indre-et-Loire. *Ann Med Psychol* 2016 ;168 :462-465
61. VENTEJOUX A., HIRSCHELMAN A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice, *Pratiques psychologiques* 2014;20:95–110
62. FREUD S. Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora). In: Freud S, editor. *Cinq psychanalyses*. Paris: PUF; 1954
63. CIAVALDINI A. Prise en charge du pédophile en milieu ouvert. In *Agressions sexuelle : pathologies, suivis thérapeutique et cadre judiciaire*. Paris : Masson ; 2000
64. AUBIN-AUGER L. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev FR médecine générale*. 2008 ;19(84) :12-6
65. BARDIN L. *L'analyse du contenu*. Paris : PUF ; 2013
66. PAILLE P., MUCCHIELLI A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et*

- sociales. Paris : Armand Colin ;2012
67. BLANCHET A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin ;2007
68. COLSON MH. Revue de la littérature sur les femmes auteurs d'infractions à caractère sexuel : caractéristiques cliniques, variables et spécificités. [Mémoire pour le DU de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel] Aix-Marseille, faculté de médecine, 2011
69. TESSON J, CORDIER B, THIBAUT F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute-Normandie. Encéphale 2012 ;38(2) :133-40
70. HALLEGUEN O, BARATTA A. L'injonction de soins : à propos d'une étude réalisée sur les régions alsace et lorraine. Encéphale 2014 ;40(1) :42-7
71. ORSAT M. et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. Encéphale 2015 ; 41 : 420-28
72. DUBIN A. Injonction de soins chez les auteurs d'agression sexuelle : quels critères experts ? [Thèse pour le doctorat en médecine] Toulouse, faculté de médecine, 2016
73. HANSON RK, MORTON-BOURGON KE. The Characteristics of persistent sexual offenders : a meta-analysis of recidivism studies. J Consul Clin Psychol 2005 ;73(6) :1154-63
74. HANSON RK, BUSSIÈRE MT. Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. J Consult Clin Psychol 1998 ;66(2) :348-62
75. HILDEBRAND M, DE RUITER C, DE VOGEL V. Psychopathy and sexual deviance in treated rapists : association with sexual and nonsexual recidivism. Sex Abuse 2004 ;16(1) :1-24
76. FAZEL S, SJOSTEDT G, LANGSTROM N, GRANN M ; Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. Sex abuse 2006 ;18(2) :159-67
77. DEMPSTER RJ, HART SD. The relative utility of fixed and variable risk factors in discriminating sexual recidivists and non recidivists. Sex Abuse 2002 ;14(2) :121-28
78. PAULET C. Contribution Conférence de consensus sur la prévention de la récidive. [en ligne] <http://www.conference-consensus.justice.gouv.fr/experts-2/>
79. LOSEL F, SCHMUCKER M. The effectiveness of treatment for sexual

- offenders : a comprehensive meta-analysis. J Exp Criminol 2005 ;1(1) :117-46
80. ICHER E. Injonction de soins : *étude portant sur la pratique de l'injonction de soins à Toulouse*. [Thèse pour le doctorat en médecine] Toulouse, faculté de médecine, 2012
81. Le petit Robert de poche. Paris : Robert, 2003.
82. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Conférence de consensus. Paris : Recommandations de bonne pratique ; 2009.
83. NUNES KL, FIRESTONE P, MOULDEN H-M, GREENBERG D-M, BRADFORD J-M. Denial predicts recidivism for some sexual offenders. Sex Abuse. 2007;19(2):91-105.

*Ce travail comporte 83 références bibliographiques.*

## ANNEXES

---

### Annexe 1 : Grille d'entretien de recherche

#### Données socio-démographiques :

- Age
- Profession
- Situation familiale

#### La nature de l'acte :

- Quels sont les faits pour lesquels vous avez été condamné à une IS ?
- Reconnaissez vous les faits pour lesquels vous avez été inculpé ?

#### Place des prises en charge dans le parcours de soin et le parcours judiciaire :

##### **Parcours judiciaire :**

- Est ce la première fois que vous avez des problèmes avec la justice ? Pouvez vous nous préciser vos antécédents judiciaires ?
- Durée du suivi socio-judiciaire et depuis combien de temps
- Durée de la peine privative de liberté
- Groupes de SPIP ?

##### **Parcours psychiatrique : positionnement par rapport aux soins**

- En dehors de votre suivi actuel en IS et en dehors de la détention, aviez vous déjà rencontré un psychiatre/ psychologue, aviez vous été hospitalisé ? Si oui, pourquoi et dans quel cadre ?
- En détention, aviez vous un suivi ? Quelle était alors la prise en charge (durée, fréquence, professionnels rencontrés, pec groupales/médiatisées...) ?
- Comment avez vous été orienté à la sortie vers votre psychiatre/psycho traitant ? Est ce que vous aviez rdv, déjà rencontrés ?
- Comment avez vous été accueilli par les structures de soin à votre sortie de détention ?
- Prise en charge actuelle : par qui, où, quand, comment ?
- Avez vous un traitement ? un diagnostic est –il posé ?
- Auriez vous rencontré un psychiatre sans cette injonction de soin ?

## **La représentation que se fait le sujet du dispositif d'IS**

- Que ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ? Quel est le rôle du médecin coordonnateur ? du psychiatre/psycho traitant ? du CPIP ?
- Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soins ?
- Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre/psycho qui vous suit ? Et avec le médecin coordonnateur ?
- Qu'attendez vous de cette prise en charge ?
- Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?
- Que vous apporte ce suivi ? quel bilan faites vous de cette prise en charge ?
- Éléments positifs/ éléments négatifs de l'IS ?
- Quels points seraient à améliorer ?

### Conclusion de l'entretien :

Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?

## Annexe 2 : Formulaire de consentement

Je soussigné ..... déclare accepter, librement et de façon éclairée, à participer à l'étude menée par Julie CALONGE, interne en psychiatrie à l'université de médecine de Toulouse, dans le cadre de sa thèse pour le doctorat en médecine.

*Engagement du sujet* : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à un entretien enregistré.

*Engagement de l'investigateur* : en tant qu'investigateur, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

*Liberté du sujet* : le consentement pour poursuivre l'entretien peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité, ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

*Information du sujet* : le sujet a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur, et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

*Garantie de confidentialité des informations* : toutes les informations concernant le sujet seront conservées de manière anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif. La transmission des informations concernant le sujet sera elle aussi anonyme.

Fait à ..... le ....., en deux exemplaires.

Signatures :

Le participant

L'investigateur

## Annexe 3 : Corpus d'entretien

### ENTRETIEN N°1

- *Que ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Rien pour moi, c'est des conneries. C'est débile complet. Si j'en avais besoin, mais j'en ai pas besoin. C'est ça que je comprends pas, pourquoi ils insistent à faire ça, pourquoi ils me donnent 5 ans de soins et après ils me mettent 8 ans de soins. C'est un peu débile. Ça n'a ni queue ni tête.
- *Qu'est ce que ça veut dire pour vous cette IS ?*
- C'est une obligation que j'ai, après je sais pas.
- *Une obligation pour vous...*
- Une obligation ça s'est sur, je peux pas faire autrement parce que ... je suis obligé de venir même si ça m'arrange pas
- *Par...?*
- Par l'administration
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Disons que son rôle c'est de prendre tout ça en compte, tout ce qu'on lui dit de moi et après faire un point avec moi, voir comment ça peut se passer. Pour le moment ça se passe bien après on verra, je sais pas où ça va aller. Dans huit ans, en 2023 on verra on est loin encore
- *Quel est le rôle de votre psychiatre ?*
- Franchement je sais pas, je suis incapable de vous le dire. Il le sait comme pour moi, je lui ai dit : moi je viens par obligation. J'ai pas envie de vous parler. Je vous parle parce je peux pas faire autrement. Vous me posez, je vous... C'est comme vous, vous me posez des questions, j'essaie de vous répondre. C'est le seul truc que je vois. Pour vous ça vous apporte quelque chose mais pour le Dr A... franchement je sais pas
- *Et à vous, qu'est ce que ça vous apporte ?*
- Franchement ça sert à rien
- *Et le CPIP, il sert à quoi?*
- Je sais pas... à s'occuper de moi, pour voir si je vais bien, si je sais pas moi je sais pas. Ces rôles je comprends pas, comme je suis contre ça donc euh... je sais pas à quoi ça sert. Franchement, moi personnellement je dis ça sert à rien, pour des gens comme moi, ça sert à rien, à rien du tout. Je suis pas quand même fou, je sais exactement ce que j'ai fait et ce que j'ai pas fait donc... j'aurai un gros problème dans la tête je veux bien. Vous voyez comme les gens qui tuent, qui violent, je veux bien me faire soigner, je veux bien dire il faut que je m'en sorte, qu'il faut plus que je recommence mais c'est pas mon cas. J'en ai rien à faire. Pour moi c'est une perte de temps, voilà. Et j'ai toujours dit à tous les psychiatres que j'ai vu, j'ai toujours dit ça. Voilà et eux me disent, ils peuvent pas répondre...
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soins ?*
- La haine, (rire) énervé parce que ça me donne que des contraintes. Dire tous les mois, tous les trois mois, faut pas que j'oublie ça car je risque de me faire engueuler. En fait ils nous tiennent par la peur car si vous ne vous faites pas soigné, vous rentrer en prison donc...

- *Mmmm*
- Donc c'est la peur, c'est une obligation. C'est pour ça que je ne comprends pas cette méthode. C'est affreux quand vous réalisez qu'ils vous obligent des trucs que vous voulez pas faire... je sais pas où y'a la moralité là
- *Vous, vous trouvez que ce n'est pas moral ?*
- Non si vous y allez parce que vous avez besoin... si par exemple je suis malade comme moi pour mes jambes et pour mon cœur, je le sais j'ai des malaises, parfois il me faut rentrer vite à Ranguel car j'ai un stent qui a bougé, j'en ai 17 dans le corps. Je me dis là c'est normal, c'est normal que je me fasse soigner. Mais des choses que ça sert à rien car je vois pas où ils veulent en venir avec leurs conneries. M'embêter jusqu'en 2023, ça servira à quoi ? Me dire tous les jours, tiens le mois prochain faut aller la bas... je viens ici mais j'en ai rien à faire. Il me parle Dr P ou n'importe qui. Je suis là je l'écoute mais franchement j'en ai rien à fou... à faire
- *Mmm*
- Pour moi, je m'estime que je suis pas malade et je comprends pas. Je comprends pas leur mentalité. Maintenant comme je vous dis si j'étais vraiment malade je me dirais merde, Vincent, faut vraiment que tu te soignes, là ça va pas, tu déconnes. Je prends conscience, bon maintenant je sais pourquoi je viens.
- *Mmm*
- Là je le sais même pas [blanc] parce que le juge a dit ça, voilà.
- *D'accord. Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre/psycho qui vous suit ?*
- Gentil très gentil, pas de problème. On discute ... vite fait ... ça dure pas longtemps.
- *D'accord.*
- Même lui il ne sait pas trop quoi me dire. Je reste sur ma position, il sait ce que j'en pense. Je lui ai dit comme je vous le dis à vous, j'en ai rien à faire. Je suis venu vous voir parce que Mr P me l'a demandé pour vous faire plaisir.
- *C'est gentil.*
- J'estime que voilà, vous faites votre thèse, si je peux vous aider. C'est le seul truc pourquoi je suis venu, c'est pour vous et pas pour autre chose.
- *C'est gentil. C'est important que vous soyez venu car cette mesure d'IS existe depuis une quinzaine et on ne sait pas à quoi elle sert vraiment, personne ne l'a étudié.*
- Honnêtement ça sert à rien.
- *Moi pour ma thèse, je me suis dit que j'allais donner la parole aux patients pour savoir ce que eux en pensent.*
- Vous verrez que si vous attrapez des patients qui sont comme moi. Qu'ils ont fait des trucs, qu'ils ont pas fait comme moi car je suis un cas particulier. Je suis dans une autre catégorie. Mais si vous retrouvez quelqu'un comme moi ou à peu près comme moi, vous verrez il vous répondra exactement ce que je vous dis.
- *C'est ça que je veux voir, ce que les patients ressentent.*
- Mais il faut que les gens soient comme moi, qu'ils ont pas fait leur ..., cette connerie... moi j'ai pas compris vous savez quand ils m'ont mis treize ans la première fois, je suis tombé assis. Je ne comprenais pas. Mais qu'est ce qu'ils me font ? Y'avait aucune preuve, un dossier qui fait un centimètre. Même mon avocate me dit mais je comprends pas vous condamnez Mr X sur un centimètre de dossier. Elle lui a dit c'est grave ça. Vous avez des dossiers qui font 20, 30 cm là il fait 1 cm. Même elle n'a pas compris.

- *Mmm*
- Jamais de la vie, j'aurais cru que je prenais autant. Voilà ce qu'ils ont dit c'est des « soi disant que »... en fait si vous regardez mon dossier c'est des « soi disant que ». Ils vous condamnent parce que « soi disant que » ...
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*
- Très bien. A me demander si j'ai fait mes rdv, tout. Ca dure 10 min, un quart d'heure. Elle me dit si ça va, si ça va pas. Elle me connaît très bien. Euh voilà... elle me dit vous revenez la prochaine fois, à bientôt. Ca dure 10 min, un quart d'heure à tout casser. C'est pour ça que je comprends pas leur truc.
- *Mmm*
- Que Mme MC me voit, dire Mr X que ça va, la santé, tout ça, je veux bien. Mais faire un rapport que je suis allé chez le ... elle sait très bien que j'y vais, elle me l'a dit, je le sais très bien. Mais je suis obligé de vous le demander. Voilà. C'est ça, ils font des trucs, ils dépensent de l'argent pour rien, pour rien. Dans des cas comme moi je parle car y'en a qui ont vraiment besoin. J'en ai connu en prison des gens qui en ont besoin
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- [rire] Rien.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Non pas depuis que je suis en injonction mais depuis que j'ai été suivi au smpr. Par contre, elle m'a ouvert l'esprit. Avant je voyais tout le monde était beau, tout le monde était gentil pour moi. Et là, elle m'a fait comprendre que non : tout le monde n'est pas gentil ou beau. Voilà, c'est le seul truc que je peux dire mais ça vient pas de la prison ça vient de moi.
- *Ca vous a aidé ce suivi en prison ?*
- Ca m'a aidé à m'ouvrir les yeux et dire attention Vincent, tu fais quoi là, t'es en prison, ok mais tout le monde n'est pas gentil comme tu le penses. Car moi avant, vous m'auriez connu 20 ans en arrière, j'estimais tout le monde. Je pensais que tout le monde était gentil. Je me suis trompé.
- *Vous avez changé alors dans vos relations avec les autres ?*
- Oui, oui, c'est plus pareil, quand j'ai quelque chose à dire je ne vais pas prendre des gants. Avant j'aurai dit non, j'aurai rien dit. Là, moi si un truc me va pas, je le dis en face, je mâche pas les mots. Peut être ça me portera tort. Y'a pas longtemps ma fille m'a dit : papa t'as changé, t'es plus direct. Tu sais onze ans de prison et tout ce qu'on m'a fait. Elle m'a dit « oui papa je comprends ce que tu veux dire ». Quand j'ai un truc à dire je le dis en face. Avant jamais de la vie j'aurai dit ça. J'aurai détourné les mots d'une autre façon. Que maintenant c'est dire face à face, ça plaît, ça plaît pas, c'est pas grave, au moins je suis direct.
- *OK donc ça vous a aidé quand même.*
- C'est le seul truc que je peux dire que je me suis aidé.
- *Que vous apporte ce suivi ?*
- [rire] D'après vous ?
- *Dites moi.*
- Rien
- *Quel bilan faites vous de cette prise en charge ?*

- Pffff. Vous savez moi pour moi c'est une obligation, c'est une corvée. C'est le seul truc que je peux dire. Pour moi ca m'embête plutôt que voilà. Mais je suis obligé par la loi d'y aller, c'est une obligation, je peux pas faire autrement. Moi personnellement je trouve ça débile. Pour être honnête, je comprends pas ce truc.
- *Et vous disiez tout à l'heure que c'était basé sur la peur ?*
- C'est basé sur la peur parce que tous les gens qui ont des suivis comme ça, ils sont obligés sinon on re-rentre en prison donc qu'est ce que vous préférez ? Moi je préfère venir par obligation. Je me dis tant pis Vincent, perd une journée ou deux jours, je fais mes trucs et après je suis tranquille. Mais le problème c'est une corvée car tous les trois mois je me dis tel jour il faut que j'y sois. Et j'ai horreur d'arriver en retard à des rdv donc pour moi c'est une obligation c'est complètement débile. C'est la peur de re-rentre en prison, voilà c'est ça...
- *C'est ça...*
- J'ai tellement peur de re-rentre en prison et c'est pas bien, c'est le gouvernement qui a mis ça, c'est l'esprit de comment on peut dire ... c'est dur pour nous d'accepter ça car on est contraint, on est obligé. Y'en a qui le feraient parce qu'ils en ont besoin mais là c'est une obligation. On ne peut pas faire autrement sinon vous allez charger. Je le sais moi, quand je manque un rdv j'ai peur qu'on m'appelle, bon vous allez au commissariat et on vous renferme. Ils nous tiennent par la peur. C'est exactement ça.
- *Est ce qu'il y a quand même des points positifs dans cette IS ?*
- Non franchement. A moins de rencontrer des gens comme vous pour une thèse. Mais après le reste non, c'est débile. De toute façon je suis contre ça pour des gens qui n'en ont pas besoin comme moi, ils auraient dû s'en apercevoir. Ils le savent très bien, ca sert à rien
- *Des points négatifs ?*
- Tout
- *Tout...*
- Tout le système comme vous le voyez, ça sert à rien. Aujourd'hui je suis devant vous parce que j'ai envie de venir, j'avais envie de vous aider un peu à ma façon mais on m'aurait dit : il faut aller voir cette dame, t'es obligé d'y aller, ça m'aurait plutôt embêté. Je vais pas mentir, c'est la vérité.
- *Quels points seraient à améliorer ? Peut être pas pour vous mais pour d'autres personnes.*
- Pour d'autres personnes... si vraiment elles ont fait ce dont elles sont accusées, j'estime qu'elles ont un problème dans la tête et ça il faut les aider. Mais peut être plus intelligemment, moins forcer. Dire : « monsieur, vous avez besoin de vous aider, est ce que vous voulez vraiment vous faire soigner ? En fait c'est ça, est ce que vous voulez vraiment vous faire soigner ? » Y'en a qui vont dire oui et y'en a qui vont dire je sais pas. Ca veut dire qu'il sait pas ce qu'il veut. Il veut rester malade mais si la personne réalise qu'il a fait une connerie et qu'il faut et s'il veut s'en sortir, je pense que la personne dise oui je veux me soigner. Parce qu'il y a différence entre l'obligation et dire oui.
- ...
- Ce serait plus intelligent qu'ils disent : monsieur, vous êtes ça, il vous est arrivé ça. Est ce que vous voulez vous faire soigner ? Le gars il vous dit non. Là y'a problème, faut pas le lâcher dans la nature... excusez moi. Mais si le gars dit je vais essayer de me soigner donc déjà, lui il le fait parce qu'il a demandé de le faire. Ce serait plus logique pour moi. Mais obliger un mec comme moi ça me fait rigoler. Je viens ici, je

suis obligé, j'ai pffff On n'a pas envie, on a tellement passé des heures et des heures dans des bureaux, dans la prison. C'était habillé déshabillé, c'était tout le temps ça. Alors arrive un moment où vous en avez marre ; le bruit de fermer et d'ouvrir ...raaaa même des fois je suis chez moi et je me dis non là c'est toi qui ferme. Ca m'a tellement marqué et le fait le matin d'ouvrir et que j'ai une grande fenêtre sans barreaux, c'est [rire]

- *La liberté...*

- La liberté [rire] une certaine limite liberté parce que vous êtes encore suivi. Vous avez la liberté mais bon attend vous vous dites il faut pas que je me batte... moi j'évite les bagarres parce que je vais re-rentre, les bars j'y vais pas, je suis quelqu'un qui ne boit pas et qui ne fume plus. Mais vous voyez c'est toujours la peur de re-rentre ... vous êtes toujours sous la peur parce que vous avez toujours peur de re-rentre en prison. Quand vous vivez dans cette peur, c'est hallucinant. Je fais très attention avec qui je parle, comment je regarde les gens. Vous êtes toujours en panique

- *C'est pas la liberté complète ?*

- La liberté complète je l'aurai pas jusqu'à ma mort parce que je suis suivi jusqu'à ma mort. Contraint par les flics. Si j'arrive dans n'importe quel endroit où il faut que je bouge, je vais avoir peur parce que je me dis si y'en a un qui porte plainte, je vais me retrouver en prison. Ils vont pas me faire de cadeaux. Des fois vous vous mettez en panique. Ils vous tiennent par la peur. Ca sert à rien. C'est débile. Des fois je reste chez moi, pas envie de sortir. Moi je suis obligé d'y penser. Quand ma petite fille vient sur mes genoux, je suis là... ma fille l'autre jour elle m'a regardé et m'a dit t'inquiète pas papa je te connais. Elle a vu que j'étais confus. Moi ma petite fille elle me fait des bisous, mais c'est ma petite fille ! J'étais là, j'étais un peu confus. Ma fille a vu : « t'inquiète pas papa ». Si vous faites ça devant une autre personne elle va se dire pourquoi elle réagit comme ça... C'est là que j'estime qu'ils ont fait des trucs mal, moi et tant d'autres, mais c'est de la souffrance sans arrêt, sans arrêt. Même qu'on le montre pas, on le ressent. Des fois ça m'arrive je pleure, j'en ai tellement marre de cette vie que je préfère mourir. Il faut se mettre à ma place.

- *Pour d'autres personnes ça peut être utile cette IS ?*

- Oui car y'en a qui sont vraiment malades. En prison on parle entre nous, et quand on vous explique certaines affaires vous vous dites non, non c'est pas possible. Le gars il dit je préfère rester en prison car j'ai pas envie de recommencer ce que j'ai fait. Moi j'aurai jamais dit ça. Il est quand même pas con car il réalise le mal qu'il a fait.

- *Et l'organisation de l'IS ?*

- La ça pourrait être bien pour certaines personnes ça pourrait être bien.

- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*

- Non, si j'ai pu vous aider ... et moi je vais vivre ma vie, malheureusement reprendre le cours, revoir monsieur P et revoir les autres personnes et voilà. C'est un suivi. Mais pour en finir il faudrait qu'ils reprennent leurs trucs car ça ne va pas du tout. J'espère que vous allez rencontrer d'autres personnes qui sont à peu près dans le même cas que moi et vous verrez ils vous diront exactement ce que je dis moi. Croyez moi, j'ai discuté avec beaucoup de prisonniers et j'en vois encore et ils me disent ça sert à quoi Vincent. On en discute « ils nous emmerdent », nous on était obligé, on n'est pas malade mais on est obligé sinon on va rentrer en prison. Alors pour moi c'est pas une vie. Pourquoi obliger ? Je sais pas si ça changera un jour, je

sais pas si je le verrai mais pour mes petits enfants, j'espère que ça va changer en mieux. C'est débile. Ils m'ont mis une peur en moi.

## ENTRETIEN N° 2

- *Que ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Pas grand chose
- *Pas grand chose ...*
- J'avoue que là... injonction... suivi .... C'est un peu confus tout ça.
- *Qu'est ce que vous en comprenez de cette mesure, à quoi sert elle, comment elle est mise en place, qui la décide ?*
- Tout ça, je ne comprends pas trop tout ce système là.
- *D'accord. Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- [blanc] J'en sais rien.
- *Vous ne savez pas à quoi elle sert Dr MC pourquoi vous la voyez ?*
- Ben non, je vois trois personnes. Mais à vrai dire je vois pas leur fonction. Qu'est ce qu'ils peuvent m'apporter à moi directement. Ce que ça me fait à moi, sur moi, dans ma tête, je sais pas. Honnêtement, je vois pas ce que ça peut me faire de plus de voir plusieurs personnes. J'ai beau en parler mais qu'est ce que ça me fait ? Tout ce système c'est encore un peu vague pour moi.
- *Quel est le rôle de votre psychiatre traitant, le Dr P ?*
- [blanc] Je sais pas trop euh... Me faire parler peut-être.
- *Oui*
- Pour me mettre sur la bonne voie, je sais pas.
- *C'est comme ça que vous le percevez : quelqu'un qui est là pour vous faire parler, vous voir en entretien et comme vous dites, vous remettre sur la bonne voie...*
- Sur la bonne voie...
- *Et le rôle de votre CPIP ?*
- Mme ... je me rappelle plus son nom... Mme B...
- *Donc Mme B..., quelle est sa place dans ce dispositif ?*
- Elle s'assure que je fais bien les choses, que je viens bien ici euh, que j'habite toujours à la même adresse. On se voit tous les mois pour que je lui porte les preuves que je me tiens tranquille d'une part et puis de deux que j'habite bien à la même maison et de trois je fournis les papiers qu'il faut pour le juge
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soins ?*
- Euh ... perturbante
- *Perturbante...*
- Oui car entre temps, on essaie de se reconstruire mais à chaque fois on retombe dans ce qu'on a fait et donc au bout d'un moment, on sait plus comment essayer de s'échapper de ça, refaire une vie, remonter la pente.
- *D'accord*
- Puisque chaque fois, chaque mois on est re-confronté à ce que... quelque part ça fait mal. Ça détruit parce qu'on essaye vraiment de se remettre dans le bon chemin, ne plus penser à tout ça, partir du bon pied et à chaque fois... Pam, on revient sur le sujet et quelque part ça énerve un peu. En plus ça me coûte cher en déplacement. J'habite assez loin, de l'autre côté de Toulouse, du côté de l'Union, ça fait loin. Bon

voilà, après ce que ça me sert réellement, est ce qu'ils peuvent me dire ce qu'il y a dans ma tête ou si je peux recommencer ou ceci cela. Je vois pas comment on pourrait m'aider. C'est pourquoi je viens faire tout ça, essayer de comprendre. Mais qu'est ce que le docteur peut savoir, qu'est ce qu'il va me poser comme question et quelle réponse il va me dire ? T'as ça, ou ça, ou ça. Là, moi, j'avoue que je comprends pas.

- *Vous n'avez pas l'impression que cela vous aide tout ce dispositif ?*
- Ce dispositif... Honnêtement si j'étais un gars très dangereux, à quoi ça me servirait de venir parler 5 minutes avec une personne ? Euh pour arriver à ne plus faire ce que j'ai fait. La question je me la pose depuis le début. Pourquoi je viens là ? A quoi ça me sert puisqu'on parle juste de ça, mais voilà. Après, soigner quelqu'un comme moi ou d'autres personnes, honnêtement je sais pas à quoi ça sert.
- *Vous pensez que c'est impossible de soigner des gens comme vous ?*
- Y'a rien qui puisse le bloquer. Ce ne sont que des paroles, vraiment s'il voulait passer à l'acte ou recommencer comme on voit à la télé... j'ai encore vu ces jours ci le gars qui a recommencé, récidive, récidive, pourtant il l'a fait le suivi. Ca lui a servi à quoi ?
- *Mmmm*
- Je comprends pas. Moi je suis pas porté réellement sur les enfants puisque j'ai fait une connerie avec mes enfants d'accord j'ai assumé, je remonte la pente, j'essaie d'oublier tout ça. Je m'en veux mais alors à 100 % mais à part ça, maintenant j'essaye de me reconstruire. Mais le fait de revenir sans arrêt, sans arrêt pendant des années dans un cabinet comme ça. Euh... au bout d'un moment on se dit, on se sent sale. On se sent sale. On a l'impression que tout le monde nous regarde, ça pèse. Ca pèse énormément.
- *L'impression que tout le monde vous regarde?*
- On a l'impression que c'est marqué en gros sur le front : attention personne dangereuse ! On n'a pas l'impression d'être sorti lavé de tout ça. Voilà c'est très dur, très dur à supporter.
- *Ce n'est pas encore la liberté complète ?*
- Non et je pense que ça ne le sera jamais, je porterai ça toute ma vie. Donc même quand je suis tranquille chez moi avec ma copine, les amis qui sont là. Il suffit qu'à la télé ils en parlent, du coup, j'ai l'impression qu'ils sont au courant. C'est gênant, ça fait mal. Se reconstruire là dedans, c'est très dur, il faut avoir des nerfs d'acier mais voilà moi à quoi ça sert je viens là, parler avec le docteur... je ressors comme avant.
- *Pour vous les choses n'ont pas avancé ?*
- Disons que ça ne me sert à rien, honnêtement... Pour moi.
- *En tout cas c'est pas ici que vous avez l'impression d'avancer.*
- Ici ou même ailleurs, même dans d'autres instituts. Non car on est pas dans ma tête et il faut être fort pour savoir si le gars il va pas repasser à droite ou à gauche ou... se relancer dans quelque chose. On peut pas le deviner, à moins d'être devin.
- *Mmmm*
- Moi je sais que ça me coûte cher.
- *Mmm*
- Ca c'est clair, j'ai une très mauvaise santé puisque j'ai eu trois cancers. Donc ça m'aide pas beaucoup.
- *Mmm*
- Je sais pas trop où je vais là.

- *Vous insistez sur le fait que le psychiatre ne peut pas deviner si quelqu'un va passer à l'acte. Vous avez l'impression que ce dispositif sert à éviter la récurrence ?*
- Ca devrait. Ca devrait. Ca devrait mais moi personnellement je suis pas porté du tout sur les enfants. J'ai eu ce problème avec ma fille ce qui est la conséquence de longs trucs qui se sont passés à la maison. Ca a été l'enfer.
- *Mmm*
- Dépression, maladie, opération, perte d'un emploi, ma femme qui me faisait cocu, j'étais pas au courant mais tout le monde dans le village le savait, sauf moi. Une très grave dépression, je me suis rapproché d'une personne qui m'aimait et qui me disait tout le temps m'aimer, c'était ma fille. « Et papa » tout le temps, tout le temps. C'était une gamine adorable, adorable, elle me disait « mais non papa c'est rien ». Et tout le temps proche, trop, trop proche de moi, trop proche de moi. [toux]
- *Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- Bonne relation de toute manière. Maintenant j'essaie de comprendre le but de ... de venir ici. A quoi ça peut m'aider, moi personnellement. Il fait ce qu'il peut, c'est une personne très agréable mais bon voilà quoi.
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*
- Personne très gentille aussi. Euh... elle pose les questions qu'il faut. Elle, elle casse.
- *Oui.*
- Elle va droit au but. Elle tortille pas. Quand elle pose une question c'est une question qui peut faire plaisir, ou qui peut vexer ou qui peut faire mal. De ce côté là, elle connaît bien son boulot.
- *Quelle différence faites vous entre la prise en charge par le psychiatre et le médecin coordonnateur ?*
- Elle est plus à mon écoute. Elle a plus le temps.
- *Mmm*
- On reprend les choses, on peut parler bien. Elle écoute, elle note. Après Mr P, il est toujours trop pressé, toujours en retard, trop pressé, on attend des heures des fois. C'est énervant. Des fois on a d'autres rdv, personnellement je vais à l'hôpital. J'y étais encore ce matin à l'hôpital, je suis sorti en vitesse ici.
- *C'est gentil de vous être déplacé.*
- Avec ce cancer qui me ronge, qui me tue à petit feu et on peut pas me soigner. C'est un cancer incurable.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Euh... pffff.... d'être aidé au point de vue psychologique. Je sais pas comment vous dire ça.
- *C'est clair. Qu'on vous aide.*
- Dans la vie de tous les jours, et puis surtout par rapport à ce que j'ai fait, et maintenant avec la maladie, voilà quoi. J'aimerais qu'en ressortant d'ici, je me sente bien et non pas un peu plus sali comme à chaque fois que je ressors de là car j'ai redit encore, j'ai repensé à tout ça.
- *Mmm*
- A ces choses qui ont été horriblement dites et faites. Donc voilà quoi. C'est pas évident.
- *Là vous diriez qu'actuellement ce qui vous aiderait plus, ce serait un soutien par rapport à la maladie ?*

- Voilà, éviter de reparler trop des faits, parler d'autres choses et surtout de m'aider maintenant que j'ai ce cancer. Bon je l'avais avant mais je ne le savais pas mais y'avait quelque chose qui n'allait pas. Bon voilà, maintenant c'est ... être plus soutenu dans ma démarche de tous les jours. J'ai eu fait une connerie, je l'ai payée. Je la paierai toute ma vie, sans arrêt aller chez les gendarmes, aller pointer.
- *C'est tous les mois ?*
- Non moi j'y vais une fois par an. C'est ce que je fais jusqu'à maintenant. Mais ça aussi, vous voulez vous reconstruire, vous voulez partir dans un autre bled, une petite ville pour sortir de tout ça. Automatiquement dès que vous allez refaire la démarche, aller habiter à un endroit, le premier coup à faire c'est aller voir la gendarmerie donc tout le monde est au courant parce que les gendarmes ils parlent. Dès que vous arrivez à une gendarmerie d'un petit village, ça se sait de suite. Et après on peut pas empêcher les gens de parler et là ça fait mal. Vous essayez de vous reconstruire, on vous replonge. Vous avez une grosse étiquette sur le front : attention, danger. Voilà et ça on peut pas vivre comme ça. Ça nous ronge de l'intérieur. Moi j'en souffre
- *Vous en souffrez... ?*
- En permanence. Y'a beaucoup de gens qui sont au courant. Dans la famille, tout le monde a été au courant de suite, ils m'ont posé la question j'ai répondu de suite : j'ai fait ça, ça, et ça. Ils m'ont dit tout le monde a droit à une seconde chance...mais bon.
- *Vous sentez que vous l'avez cette deuxième chance ?*
- Non pas du tout. On sent bien qu'ils sont réticents à la personne. Pour moi je suis une personne qui a fait de la prison, qui a fait des choses interdites et ça reste comme ça. C'est très dur, très dur, on en souffre.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Non. Je refais comme avant. Ma vie, mon train-train, mon bricolage, à droite à gauche, avec les amis et puis voilà comme avant.
- *Que vous apporte ce suivi ?*
- Des frais supplémentaires.
- *Ok et au niveau psychologique ?*
- Quand je sors d'ici j'ai plutôt le moral à zéro. Je suis bien en arrivant mais quand je repars, je repense à toutes ces idées, ces images que j'essaye d'effacer de moi. De me reconstruire. Mais voilà, chaque fois que je reviens ici, toujours pareil, j'en souffre. Parce que je repasse sans arrêt dans le passé.
- *Mmm*
- J'essaie d'oublier parce que j'en souffre. Je peux pas oublier mes enfants parce que je les adore, je les aime. Mais voilà c'est comme ça. De plus voir mes filles j'en souffre car c'est de ma faute, pas de la leur. Ca il faut le savoir, elles y étaient pour rien, ça s'est fait comme ça et j'en suis désolé. Mais je peux rien faire de plus. [pleure]
- *Je vois que c'est difficile d'en parler et je suis désolée de vous faire à nouveau parler de tout ça.*
- Vous comprenez pourquoi à chaque fois que je viens ici, je suis mal. [blanc] J'aimerais plutôt ne plus venir dans ces centres car c'est de la souffrance permanente.
- *Quel bilan faites vous de cette prise en charge ?*
- [blanc] je sais pas comment répondre. [blanc] Rien.

- *Ca n'a rien apporté ?*
- Rien, si ce n'est de la souffrance
- *Quels éléments positifs trouvez vous à cette IS ?*
- Ca me fait sortir de chez moi, je rencontre des personnes charmantes. A part ça rien de plus.
- *Que pensez vous de l'organisation du dispositif d'IS : médecin traitant, médecin coordonnateur, SPIP?*
- Tout ça, je sais pas pourquoi y'a autant de personnes à voir. Tout ça c'est perturbant parce que on sait pas à qui à qui, comment, quoi. Honnêtement c'est perturbant. Si on avait à faire qu'à une seule personne. Qu'elle prenne le temps de vous voir, de bien vous parler des choses, ne serait ce qu'une heure, nous expliquer pourquoi on en est venu là, pourquoi on a passé le pas de là à là, quelles sont les choses qui ont fait qu'on a dérapé. Moi j'aimerais bien le comprendre mais personne jusqu'à aujourd'hui, depuis des années que je suis en suivi, m'a dit ben oui, le déclencheur... C'est quoi le déclencheur ? Pourquoi je me suis rapproché de ma fille, en l'aimant de tout mon cœur, pourquoi j'ai été vers elle, pourquoi j'ai apprécié sa présence avec moi ? J'avais une femme qui était formidable, qui était ! Je le croyais. Mais voilà elle me disait « je t'aime, je t'aime ». Quand les gamines allaient vers elle pour lui demander quelque chose. Quand une gamine demande quelque chose, une maman doit répondre à sa fille sur certaines choses, elle les remballait. Elles venaient toujours voir le père : « va voir papa, va voir papa ». Et quand elles grandissent et qu'elles sont en âge de comprendre comment on fait les bébés, ça, elles posent la question. Alors moi j'avais des encyclopédies à la maison, je lui ai dit écoute t'as treize, quatorze ans, t'es en âge de comprendre les choses comment ça se fait. Alors j'ai pris l'encyclopédie, je lui ai montré, j'ai pris des poupées. C'est comme ça, comme ça. Je lui ai expliqué les choses, je lui ai dit t'as tout compris. Elle me dit « oui papa » voilà. Et ça a été fini. Mais ma femme se déchargeait de toute responsabilité sur les gosses. Elle m'a même reproché de lui avoir fait des enfants. En plein tribunal. « Oui j'ai eu une césarienne, j'ai failli mourir ». Ca se dit pas, une césarienne, mais c'est rien. C'est rien une césarienne. Elle a eu un bébé. Déjà qu'on a eu des enfants extraordinaires, ils sont formidables, ils sont en pleine santé. Maintenant ça fait depuis 2001 que je les vois plus. Je sais pas ce qu'elles sont devenues. Je les croise dans la rue, je suis incapable de les reconnaître. Je pourrai jamais les reconnaître. Et j'y pense chaque jour et chaque année,... la fête des pères par exemple. Oui, c'est prenant, ça me fait souffrir. Au moins que je sois puni d'accord mais qu'on me les enlève pas comme on me les a enlevées. On me les a enlevées, j'ai plus le droit de les voir, de les approcher, rien, pas un courrier, même pas un coup de téléphone. Ca a été une privation d'amour de mes enfants qui m'a foutu en l'air, qui m'a perturbé. Je suis devenu presque des fois méchant tellement ça m'a fait souffrir, tellement que ça me fait souffrir encore. Parce qu'ils auraient pu dire un droit de temps en temps, une visite, venir me voir pour qu'on m'en parle de ce qui s'est passé, du pourquoi. Pas une seule fois j'ai eu un contact avec mes enfants, je suis sorti, j'étais condamné. Pendant 5 ans je suis ressorti il faut le savoir, j'ai refait ma vie avec une autre dame qui avait des enfants. Je me suis tenu tranquille, je les ai élevé puisque la dame en question elle était enceinte, son mari venait de la foutre dehors. C'est moi qui ai élevé le petit une fois de plus. C'est à dire élever : le laver, mettre les couches, s'en occuper de fond en comble. Pendant cinq ans je me suis occupé des deux garçons de fond en comble et y'a jamais rien eu. Pas un problème.

Et puis d'un coup, cinq ans, je me refais condamner et je reviens en prison. Ca c'est inadmissible. C'est dur à supporter. Même ma petite, ma fille, elle a dit que c'était rien, euh, c'était maman et les autres qui l'avaient poussée à dénoncer, à faire des choses que j'avais jamais fait. J'ai été accusé de viol. Le premier truc qu'on a fait vite avec ma mère c'est de les amener voir euh, euh...

- *Un gynécologue...*

- Un gynécologue ! J'ai dit quand même il va le voir de suite. Effectivement y'a rien eu, y'a pas eu pénétration, y'a pas eu de viol, y'a pas eu de doigts, rien. Et j'ai quand même été condamné. Comme il m'a dit le psy, c'était plutôt une affaire d'argent que de sexe. Et ça fait mal. Car ma femme elle n'en avait rien à foutre. Elle était d'une méchanceté, c'était avec sa famille... Ils en ont profité que j'étais à Marigny sous des calmants, ils m'ont tout dépouillé. Ils ont vendu la maison, ils ont gardé l'argent. Y'a pas vol entre époux. Je suis ressorti, j'avais quoi ? Un sac avec une paire de chaussette, un tricot de peau et de quoi me changer. C'est tout ce que j'ai eu. Jusqu'à aujourd'hui je me suis refait, je me suis reconstruis tout seul. J'ai rien eu de la part de personne.

- *Vous avez eu de la famille qui vous a soutenu ?*

- J'ai eu de la famille. Maman est morte. Y'a pas longtemps, maman est morte. Le beau-père est mort, des petits neveux autour. Ceux que j'aimais, ils sont partis. Là je me retrouve juste avec une sœur qui vit en Espagne donc on s'appelle parce qu'ils sont intéressés par ma signature. Parce que vu qu'il y a eu un héritage

- *De votre mère...*

- De maman... donc ils sont mal, ils me tarabusquent. Beaucoup de pommade dans le dos pour que je puisse signer. Ca fait très mal ça aussi. [tousse]

- *Est ce qu'il y a des éléments négatifs à cette IS ?*

- A part ce que je viens de dire là. Contraignant.

- *La contrainte.*

- La contrainte du déplacement... car je viens et honnêtement, on en parle mais ça me sert à quoi ? Je ressors, j'ai mes propres idées, qui va deviner si je ne vais pas sauter sur quelqu'un en sortant ? Personne peut le dire, même pas moi. Bon, moi je suis pas un pédophile comme ils disent à la télé. Moi c'est une histoire avec ma fille, c'est une histoire d'amour, ça n'a pas été sexuel. Ca a été une histoire d'amour par rapport à la mère qui ne s'est pas occupé de la gamine et qui nous a laissés choir, comme on dit. La preuve, la petite, je l'ai jamais touchée. J'avais la grande de 15 ans qui était tout le temps sur moi « papa, papa, papa ». Depuis qu'elle était bébé, elle dormait dans la chambre. Un jour, j'ai dit à ma femme, elle commence à grandir, elle commence à se former, il faut qu'elle reste dans sa chambre. « Oh mais non, c'est rien, ceci cela ». Elle comprenait pas, elle arrivait pas à comprendre. Et la gamine après bon, elle a commencé à me voir le corps, à touche « papa c'est quoi » ceci cela et bon. Ca a été très dur.

- *Dans ce dispositif d'IS quels points seraient à améliorer ?*

- Aide, surtout, une aide. Une vrai aide, morale sur le suivi quoi. Quelque chose de concret qui pourrait nous aiguiller sur la marche à suivre quand on souffre comme ça. Car honnêtement, on voudrait en sortir, mais en sortir c'est dur car on est sans arrêt, sans arrêt, replongé dedans. Et avoir une seule personne à qui se confier ce serait bien. Quand on prend confiance, on peut dire vraiment ce qu'on a sur le cœur. Mais là trois personnes différentes : l'autre il est toujours occupé, ça se passe en quelques minutes. On va voir Mme MC, elle c'est juste les papiers, elle nous pose toujours la

question « attention, hein, vous touchez pas les enfants ! ». Euh ça me fait du mal parce que j'ai jamais touché les enfants dans ma vie. J'ai eu ma fille, ça a été un accident. C'était terrible ce qui est arrivé, je ne peux que le regretter puisque j'ai tout perdu à cause de ça mais bon voilà quoi... après je vais pas sauter sur le premier gamin venu, je suis pas sur les gosses ! J'ai eu assez des amies, des copines, pour euh voilà... ce que j'aimerais c'est une seule personne qui puisse donner de son temps vraiment pour m'aider. Alors que là, je suis baladé à droite et à gauche, moi je dis que ça sert à rien. Honnêtement, ça sert à rien. Je préférerais qu'il y ait une seule personne qui soit dirigée, qui s'occupe réellement de nous. Pour nous aider à refaire le parcours, à comprendre pourquoi on en est arrivé là. Parce que bon.

- *Vous avez des éléments de réponse quand même...*
- Moi oui, parce que je les ai cherchées. Par moi même, pourquoi j'ai fait ça. Qu'est ce qui m'est arrivé, jamais de la vie... en plus à l'époque avant que je le fasse, j'étais le premier à crier à la télé à dire, « putain ce salopard, il a touché les gosses, c'est pas bien ce qu'il a fait ». Et puis ça m'arrive à moi. Vous imaginez moi qui dit ça aux autres et ça m'arrive à moi ! J'étais bien dans une détresse profonde, je n'ai pas vu venir la chose. Si j'avais eu quelqu'un qui me disait « écoute, tu vas pas bien, va voir un psy ou un docteur. »
- *Mmm*
- On aurait pu éviter tout ça. Mais comment savoir qu'on est malade ? Comme arriver à détecter qu'on se rapproche trop de sa fille ? Et ce que ça va trop loin ?
- *Vous ne vous en étiez pas rendu compte que ça allait trop loin sur le moment ?*
- Non j'allais ... quand on aime sa fille comme moi je l'aime, pour moi, c'était rien. C'était pas grand chose, peccadille.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Plus trop, là je suis assez perturbé. [toux] Le seul point que j'aimerais c'est qu'ils arrivent à réunir tous ces trucs qu'on fait. Une seule personne. Voilà. C'est le but. Une seule personne en qui on peut avoir vraiment confiance et surtout éviter d'aller à droite et à gauche. C'est une perte de temps terrible. Ça coûte cher à tout le monde et on comprend pas grand chose à tout ce qui nous arrive. Voilà pourquoi je veux pas venir. On revient sans arrêt sur les même choses. On l'a fait, on a été puni. J'aimerais que ça s'arrête, je voudrais dire stop c'est bon, je suis rentré dans le bon chemin, je ne suis pas un pédophile programmé comme ça. C'est bon j'ai compris ! J'ai fait la faute avec ma fille parce qu'elle était trop proche de moi, parce que j'étais en dépression, j'étais malade, j'avais plus de travail, j'avais une femme qui s'en foutait royalement de moi, qui me trompait. Tout le monde était au courant sauf moi. Bon voilà ce que ça a fait. Mais maintenant j'aimerais passer à autre chose, ne pas rabâcher ça des années et des années parce que finalement ça fait l'effet inverse
- *L'effet inverse ?*
- Oui l'effet inverse. A force que l'on vienne voir ici et qu'on vous parle sans arrêt « bon vous avez pas recommencé ? » « Vous avez pas fait ceci ? » « Vous avez pas fait cela ? », personnellement moi, ça me fait rien. Mais j'imagine quelqu'un d'autre qui est porté dessus, ça va pas du tout l'aider ça. Si chaque mois on lui remet ça en tête... le gars il... c'est pas bien... on détruit à petit feu. On l'incite. Je vais peser mes mots. On l'incite à refaire des conneries. Moi je le vois comme ça. Au lieu de nous aider à effacer. Bon stop, vous avez fait une connerie, au lieu de remonter... Non c'est sans arrêt... alors vous en êtes ou, vous avez des enfants à côté de vous ? Ça va, on l'a fait une fois. J'ai fait 10 ans de taule, j'ai été puni. Faut arrêter, au bout d'un

moment, stop. On nous pousse... moi personnellement non. Honnêtement faut changer ce programme, ça va pas du tout !

### Entretien N°3

- *Qu'est ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- De l'aide premièrement.
- *Mmmm*
- Ca m'a apporté pas mal de choses : déjà sorti de prison, en dehors des faits... le fait de retrouver sa liberté, ça paraît paradoxal peut être, mais y'a un petit choc quand même. Même si je me suis très vite réhabitué à avoir ma liberté de mouvement. Déjà à ce niveau là, rien que pour la transition après avoir passé les portes de la prison. Euhhhh...
- *D'accord. Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Il est au CHU. Son rôle : il me voit une fois tous les trois mois normalement, plus ou moins. Souvent plus parce qu'il est très occupé, moi aussi. Dans mon cas, il se contente de faire le point et faire des rapports au juge. Voilà après, il pose des questions. C'est des entretiens intéressants à chaque fois. Après il peut pas rentrer plus dans les détails comme le fait le Dr P. C'est normal, il est pas là pour ça. Juste pour faire la jonction avec le juge, entre le secret médical et la justice.
- *Il fait l'interface entre le juge et votre médecin. Quel est le rôle du psychiatre dans ce dispositif ?*
- M'écouter, me conseiller des fois. Euh souvent m'écouter, essayer de m'apporter de nouveaux axes de réflexion, surtout au début. Maintenant un peu moins. Vérifier que tout aille bien dans ma vie et du conseil.
- *Et le rôle du du CPIP ?*
- Euh... du conseil aussi, vérifier que je me suis plié aux mesures qu'on m'avait imposées durant ma liberté conditionnelle. Maintenant, juste vérifier que j'indemnise mes victimes et que... Et que tout va bien dans ma vie. Oh et puis on discute aussi, c'est une autre approche intéressante. Chaque fois que je ressorts de mes entretiens avec elle, je sais que j'y suis pas allé pour rien. C'est pas que pour lui donner des papiers et lui dire que tout va bien. Je valorise ces temps, j'essaie au maximum de valoriser le temps qu'on m'accorde.
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soins ?*
- Dans mon cas, je trouve ça très positif. Ca m'a apporté beaucoup, je l'aurais fait peut être différemment. Je m'y serais peut être pas tenu de manière aussi drastique que je le fais aujourd'hui parce que la justice me l'impose, elle a posé ces règles là. Je pense que c'est, de mon point de vue, c'est important. Je conseillerais à tout détenu quels que soient les faits qu'ils aient commis de passer par là.
- *Finalement ça aide à quoi ?*
- A se réconcilier avec soi même déjà... premièrement. Surtout dans les faits qui m'ont été reproché. J'avais du mal à me supporter moi même. Principalement se réconcilier avec soi, on est rarement en prison pour rien quels que soient les faits. Là je vous donne mon cas mais je pense que quoiqu'on ait fait, si on l'assume, ce qui est mon cas, ça ne peut être que positif et apporter une aide à la réhabilitation et la réinsertion sociale.
- *D'accord. Vous pensez que ça peut avoir un effet sur la récurrence ?*

- [blanc] C'est une bonne question. Dans mon cas oui parce que je fais l'effort ... j'ai fait l'effort... je fais toujours l'effort de m'y impliquer dedans et d'essayer de comprendre ou tout du moins d'avoir les bonnes réactions au bon moment. Mais dans le cas ou on nie les faits, je suis pas sûr que ce soit très efficace. Je pense que la première étape c'est d'accepter ce qu'on a fait et ensuite on peut se remettre en question.
- *Et peut être s'impliquer pour que les choses changent ?*
- Voilà... après, il faut le vouloir. Déjà si on veut que ce soit bénéfique pour la personne à qui c'est imposé. Après c'est une mesure qui comment dire [blanc] est contraignante. Ca ne peut que donner des limites à la personne qui soit ... donc c'est plutôt positif dans les deux cas : même si on reconnaît pas les faits. Je pense que le plus bénéfique c'est quand la personne assume ce qu'elle a fait.
- *Et vous disiez que c'est contraignant...*
- Ben vous êtes obligé de vous présenter au rdv. Tout du moins, je sais pas si on s'y présente pas ce qui peut arriver, j'ai pas expérimenté. Dès le début, dès la conditionnelle on peut retourner dans les murs et après aussi.
- *Après aussi... oui.*
- Je crois que la loi le prévoit. Mumm, mais oui, c'est contraignant : c'est des rdv. Même dans mon cas où je trouve ça positif, ça m'oblige à partir plus tôt de mon boulot des fois ou dans mon cas surtout, j'ai des horaires relativement flexibles heureusement mais sinon ça m'obligerait à demander tous les mois deux heures pour aller au rdv. Oui bon, c'est une contrainte à ce niveau et puis faut s'y tenir. Faut pas oublier ses rdv, ce qui m'arrive des fois. Dans ces cas là, elle m'appelle.
- *Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- Je la qualifierais de bonne, tout simplement. Euh... je peux dire responsable, saine. Mon psychiatre reste mon psychiatre. Oui, plutôt positive et bonne dans l'ensemble.
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*
- Très bonne aussi.
- *Vous avez la même relation avec les deux ?*
- Je le vois moins souvent. C'est pas le même type de relation, Mme P étant une femme. Je lui parle pas pareil que le Dr MC qui est une homme. Mais ils ne posent pas les même questions euh... c'est toujours agréable d'aller voir le Dr MC. C'est une contrainte aussi car il est loin lui par rapport au Dr P qui consulte à côté de chez moi. Mais euh oui, il est toujours positif aussi parce que je suis ma mesure à la lettre et qu'il n'a jamais de rapport à faire sur moi. Je pense que ça aide beaucoup, on a de très bons rapports.
- *Vous voyez quand même une différence de prise en charge entre les deux, c'est bien différencié ?*
- Oui et c'est important que ça le soit car ils ont pas du tout la même approche. Elle est moins médicale pour le Dr MC qui doit faire un rapport à un juge qui peut à la rigueur me remettre en prison ou m'assigner à quelque chose. Bon après, j'ai oublié cette partie quand je vais voir le Dr MC car il n'a rien à me reprocher. On m'a lu son dernier rapport qui était très positif. J'ai une relation saine avec lui mais je pense ça peut être moins sain des fois.
- *En tout cas pour vous ça l'est.*
- Ca l'est, je peux que vous parler de mon cas.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge en IS ?*

- Euh... la première chose qui me vient à l'idée, c'est de l'aide. On est souvent démuni face à ce que l'on a fait, c'était mon cas et donc de l'aide premièrement. Après des limites, des bornes à ne pas franchir... ne pas franchir. Une aide par rapport au comportement qu'on peut avoir, dans mon cas face à un enfant. Au début du moins, aujourd'hui j'ai plus aucun, aucune, auc, auc peur à ce niveau là. Aucune, beaucoup moins de peur que j'en avais au début. Peur de m'approcher trop près d'un enfant et du coup, peur de la tentation sans rentrer dans les détails. Aujourd'hui, oui, ça m'a permis d'avoir une relation saine, enfin relation, contact...
- *J'ai compris.*
- [sourire] Un contact sain avec les enfants. Sans ambiguïté et sans... normal on va dire.
- *Vous disiez, c'est intéressant, une aide mais aussi des limites.*
- Oui des limites, des conseils face au danger que, c'est paradoxal de dire ça, mais face au danger que représente pour moi un enfant.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Oui.
- *Vous pouvez développer un peu...*
- Je vais vous développer ça. En général, les, mes, les, mes condisciples, les gens en général. Je suis un peu plus ouvert au monde sans avoir à nier que je sois un grand solitaire mais j'arrive à me confier aux gens plus facilement qu'avant. C'était une première étape, je fais un peu plus confiance en général aux gens. Oui voilà. Redites moi la question.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Pff oui j'assume plus ce que je suis ou ce que je pense être. Oui de l'aide, oui ça a changé ma vie quand même. En quoi exactement, je peux pas vous le dire précisément mais la relation aux gens en général a évolué plutôt positivement.
- *Que vous apporte ce suivi ? Quel bilan faites vous de cette prise en charge ?*
- Au jour d'aujourd'hui, très positif en général. Beaucoup moins contraignant que je l'aurais pensé au début. Surtout que maintenant c'est une routine, ça fait partie de mon emploi du temps de chaque mois.
- *Donc plutôt positif*
- Même très positif
- *Quels éléments positifs retrouvez vous dans ce dispositif d'IS ? Et à contrario éléments négatifs de l'IS ?*
- Judiciaire vous voulez dire...
- *Oui*
- Ce qui est positif c'est déjà l'obligation de faire... enfin le fait d'imposer un soin. Mais à mon sens moi, je m'y suis plié totalement et j'ai cherché un psychiatre dès que j'ai passé les portes de la prison, même avant parce que j'avais décidé qu'il fallait que je me fasse soigner. Mais si je l'avais pas fait, je sais pas si quelqu'un aurait cherché à me l'imposer. J'ai été un peu extrémiste aussi, j'ai très rapidement contacté le SPIP aussi car je voulais savoir ce qu'il en était. Mais oui, ça a mis un moment avant de se mettre en place. C'était un peu long à mes yeux. Dans mon cas j'avais décidé de faire attention, d'aller dans la bonne voie. Mais je pense que la personne qui, qui s'en moque ou qui a décidé que ça servirait à rien, ça peut être, le début est pas forcément très restrictif.

- *Parce que le SPIP vous l'avez rencontré...*
- Ah ben le SPIP je l'ai rencontré... je suis allé les voir [rire] au bout d'une semaine ou quinze jours après ma sortie. Je me suis renseigné de savoir ou il était. Je savais pas trop ou il était et puis j'y suis allé. J'ai dit « je suis censé être suivi donc suivez moi ! ». Finalement, c'est juste que la lettre était en train de partir mais j'avoue que trois semaines c'est long.
- *C'est vrai qu'en prison vous êtes très encadrés.*
- Après je suis quelqu'un d'autonome et puis j'avais décidé que c'était comme ça. Mais la personne qui même simplement, qui veut s'y plier mais qui est simplement démunie, qui cherche pas à savoir, qui attend comme on l'a habitué pendant, comme dans mon cas quatre ans, à tout lui amener devant la porte, je trouve que c'est un peu une forme d'abandon, c'est mon sentiment.
- *C'est comme ça que vous l'avez vécu...*
- Comme ça que je l'ai vécu parce qu'on vous met dehors. En plus moi c'était un jour férié. On m'a clairement... on m'a posé les valises devant la porte et on m'a dit « débrouillez vous ». Alors je pense qu'à ce niveau y'aurait un effort à faire. Simplement avant de sortir, d'avoir un rdv, de savoir où on va. J'aurais apprécié.
- *Le médecin coordonnateur, par exemple ?*
- Alors lui je l'ai vu six mois après...
- *Parce que dans les textes vous devez normalement le rencontrer en détention.*
- Oui, oui. Ah en détention ! Je l'ai jamais vu ! Après je comprends, j'ai vu comment il travaillait, il est plus que débordé de travail. Je crois qu'ils sont pas assez nombreux. Et lui, je l'ai pas vu du tout en prison. Mais surtout je l'ai pas vu après. J'ai vu le juge plusieurs fois parce que j'ai demandé un changement d'adresse, j'ai demandé à aller le voir. Je suis un peu obstiné [rire]. Comme il me répondait pas, j'ai demandé un rdv qu'il m'a accordé pour simplement changer d'adresse. Il m'avait donné son accord. J'ai eu son accord, j'ai pas fait ça dans les règles. Normalement il faut passer par la CPIP, tout ça. Moi j'avais pas fait ça comme ça. J'étais allé le voir directement parce que c'était lui qui avait ma mesure entre les mains. Et je lui ai posé plusieurs fois la question « mais mon médecin coordonnateur c'est qui d'abord ? » : j'avais son nom mais je savais ni quand j'allais le voir, ni où. Donc voilà. Parce qu'il le nomme en fait alors le temps qu'il ait le dossier. Puis après il faut qu'il le nomme et le temps que Mr MC trouve un moment pour me recevoir ça a mis presque six mois.
- *Vous disiez tout à l'heure que c'était une bonne chose qu'il y ait une obligation mais que si la personne n'était pas investie, ça ne marcherait pas.*
- Ah oui, je le pense sincèrement que si vous ne vous investissez pas pleinement comme je l'ai fait et comme beaucoup de gens le font. Je suis pas unique, je connais plein de gens qui l'ont fait. Donc si vous ne vous y impliquez pas au moins un minimum, c'est complètement inutile et ... tout est pensé sur la volonté des gens. On peut imposer ça à quelqu'un, quelque chose mais s'il a décidé que ça ne lui servirait à rien, comment le faire changer d'avis ?
- *C'est basé sur la volonté.*
- Je pense qu'il est plus important d'expliquer aux gens pourquoi avant de leur imposer. Moi je l'ai compris.
- *C'est rare les gens qui comprennent cette mesure. Vous êtes l'un des premiers à avoir compris le dispositif...*

- Oui mais c'est parce que j'ai posé plein de questions. Parce que je me suis investi, j'ai posé des questions, je les ai embêtés peut être. J'ai posé des questions qui ne me regardaient pas forcément peut être mais j'aime savoir pourquoi je vais voir quelqu'un. Là, je viens vous voir et je sais que vous faites une thèse et que ça va vous servir. Si vous m'aviez dit c'est juste pour discuter, je vous aurais dit j'ai pas de temps à perdre. Je veux bien vous accorder tout le temps que j'ai mais faut que ça serve à quelque chose et à quelqu'un. Donc ouai je pense qu'il est important d'expliquer aux gens même... oui d'expliquer aux gens pourquoi on leur impose ça. Que c'est pas forcément négatif, c'est pas parce que c'est une décision de justice qu'il faut le prendre comme une obligation. Ca c'est important et je pense que c'est le psychologue en prison ou le psychiatre à le faire, essayer de semer une graine qui pourra faire quelque chose en sortant. Sinon, si vous vous investissez pas dans la mesure, je pense que ça n'a pas grand intérêt mis à part de savoir où sont les gens, comment ils vont. Mais si je ne voulais pas être honnête avec mon psychiatre, je pourrai.
- *Oui.*
- Je, [toux] je suis assez réfléchi pour savoir ce que je dis aux gens et je pense même avec le métier qu'à Mme P, l'expérience qu'elle a, j'aurai pu lui cacher des choses si j'avais voulu. Mais bon, voilà il faut qu'il y ait une volonté.
- *Est ce que vous trouvez ce dispositif est intéressant en terme d'organisation ?*
- Oui c'est très, très intéressant. C'est pour ça que j'ai posé des questions à tout le monde : savoir qui pouvait m'apporter des ennuis, enfin entre guillemets. Et je pense que c'est important de pouvoir, Mme P me l'a expliqué assez rapidement, qu'elle, elle était médecin, que la justice n'avait rien à lui dire...
- *Qu'elle n'avait aucun compte à lui rendre...*
- Aucun compte à lui rendre, que je pouvais lui dire ce que je voulais, que ça restait dans le secret médical. Y'a certaines choses qui en sortent mais c'est normal. Ce qui était tenu par le secret médical, restait dans le secret médical. Et qu'elle faisait un rapport à Mr MC qui était lui aussi médecin, était aussi tenu au secret médical mais qu'il devait faire un rapport mais qui n'allait en aucun..., il n'y avait aucun mot de ma bouche. Voilà. Ce que je dis au Dr MC est un peu plus, enfin dangereux, a un peu plus d'importance que quand je parle au Dr P donc je pense qu'elle... la main de justice qu'il y a derrière le Dr MC, y'a quand même la justice, le juge qui a imposé, enfin, qui lui a donné mon dossier. Alors que le Dr P je l'ai choisie. La preuve, je voulais pas le premier médecin qui m'a expertisé. D'abord parce que ça s'était pas bien passé et que son rapport m'avait pas plu et parce que je me serai pas senti à l'aise avec lui. Donc j'ai pu dire non, j'avais une raison, j'ai pu la justifier. Et si ça n'avait pas marché avec le Dr P, je pense que j'aurais pu demander à changer.
- *Tout a fait.*
- Alors que le Dr MC, je peux pas. Même si je m'entendais pas avec lui, je pourrais pas. Je serai obligé d'aller le voir, tous les trois mois. Par chance je m'entends très bien avec lui. C'est important qu'il y ait une séparation, je pense. C'est peut être lourd pour la justice mais c'est comme ça, c'est important.
- *Quels points seraient à améliorer d'après vous ?*
- La réactivité mais ça c'est une question d'organisation tout simplement. Après, la disponibilité aussi. Le Dr P malgré, enfin bien qu'elle fasse tous les efforts possibles, y'a des fois ou on a du mal à trouver un rdv. Comme je vous dis, j'ai beaucoup de chance d'avoir des employeurs qui ne regardent pas les horaires que je fais, si je fais

mes huit heures par jour. Mais quelqu'un qui est tenu à pointer, je sais pas comment il pourrait faire. Par chance j'ai pas ce problème là mais c'est vrai que tenir la mesure quand vous travaillez, en plus quand vous voulez faire vos preuves la plupart du temps parce qu'on vous a mis en prison, on vous a rejeté de la société quand même. Donc si vous avez un minimum de fierté vous voulez faire vos preuves. La mesure peut vraiment être négative.

- *Vous pensez que ça peut être un frein ?*
- Ca peut être un frein, professionnel peut être. Je l'ai ressenti comme ça, peut être que c'est pas le cas. Moi j'ai ressenti ça comme ça. Mes employeurs n'ont pas à savoir où je vais. Ils ne le savent pas mais ... je pense que si vous êtes obligé de pointer, à un moment vous êtes obligé de le dire et je pense que c'est gênant. Après voilà... mais bon toute obligation à des contre parties négatives, c'est normal.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Euh non... je pourrai lire votre thèse ?
- *Bien sur ! [...]*
- Apres cette mesure, c'est particulièrement compliqué. Vous pouvez rajouter : c'est l'expliquer aux gens...
- *Oui*
- Je pense qu'il manque beaucoup d'explications. Moi je me le suis fait expliquer, je suis curieux de nature, je suis allé voir mais je pense que l'expliquer aux gens les aiderait beaucoup, au moins à essayer de guérir. Parce que quand la justice vous condamne, elle vous dit « vous serez condamné à cinq ans d'injonction de soins » et dans votre tête, vous vous dites pendant cinq ans, on va m'obliger à prendre des médicaments ou me castrer chimiquement dans mon corps. Euh j'ai un psychiatre qui a abordé, euh qui m'a clairement dit ça. Je suis contre la médication en général, j'en prends que quand je suis malade. J'estime être malade mais pas avoir besoin de médicament, c'est mon point de vue. Et le Dr P dès le début, je lui ai expliqué mon cas, je lui ai dis « si on peut éviter, on va éviter ». Je préfère me maîtriser parce que le jour où j'oublie d'en prendre c'est foutu, ca va pas. Je préfère l'avoir choisi, être libre de pouvoir arrêter si j'ai envie. Je sais que le jour où l'injonction de soins s'arrêtera et que je déciderai de stopper ça parce que j'aurai plus le temps, que j'aurai une famille ou autre, je sais que je serai capable de faire face alors que la médication, c'est une médication. Ce n'est jamais qu'une camisole chimique. Après je pense qu'il y a des gens que ça aide. Tant mieux.
- *Vous, c'était une peur que vous aviez, qu'on vous impose le traitement ?*
- Oh, c'était pas une peur car j'ai assez d'arguments. Mais oui, si on m'avait dit avant toute chose on vous donne de quoi vous castrer chimiquement, je pense que j'aurai pris l'injonction de soins beaucoup moins bien.
- *D'accord.*
- Etant quelqu'un de têtu, d'obstiné, j'aurais tout fait pour mettre des bâtons dans les roues aux gens que j'ai en face de moi. Après, je suis peut être tombé sur des gens qui étaient pas forcément pour non plus. Après je pense que l'explication, c'est pas mal.
- *Mumm, alors ce serait une explication plutôt au cours de la détention vous disiez...*
- Au moment de la détention, par les psychiatres, les psychologues. Après je vous dis, le premier psychiatre, il a été cash là dessus. C'est pour ça qu'on s'est pas très bien entendus parce quand on commence à me parler médicament. Il voulait me donner des antidépresseurs aussi parce que j'étais censé être déprimé et suicidaire. La

première chose que je lui ai dit : « je suis pas suicidaire, si je suis là c'est que j'ai fauté. J'assume ce que j'ai fait. Je me vois tous les jours dans la glace, je peux pas dire que ça me réjouisse d'avoir fait ce que j'ai fait mais je l'ai fait et je l'assume ». Mais la première chose que disent les psy en prison, c'est « on va vous donner quelque chose pour ne pas que vous déprimiez ». On va vous castrer chimiquement, pour ce genre de faits. Je trouve que c'est pas une bonne approche. A Muret, le psychiatre que j'ai rencontré, j'y suis allé un peu à reculons. J'y suis allé parce qu'on m'avait dit « allez-y » et du coup j'ai posé la question très rapidement et il m'a dit « si vous n'en avez pas besoin on vous en donnera pas ». Je me suis fait expliqué, je lui ai demandé dans quel cas il fallait, à qui il en donnait, à qui il en donnait pas, comment enfin, voilà. Je pense que si j'avais pas posé les questions, on me l'aurait peut être pas dit et pour un être humain et je pense surtout pour un homme, la castration chimique c'est une forme de torture. Donc je pense que l'expliquer... ouai. Quand vous parlez à quelqu'un, sans aborder mon sujet, je m'expose pas à ce niveau là, quand vous parlez de mesure de soins à des gens ils pensent camisole chimique très souvent.

- *Vous c'était les représentations que vous aviez ?*
- Moi j'étais jeune, j'avais vingt ans quand je suis rentré en prison. Je m'étais pas trop posé la question. Je suis curieux et je ne me fais pas d'a priori. J'ai posé des questions, on m'a répondu. Mais c'est vrai que ça a été une crainte à un moment, surtout quand vous avez vingt ans et qu'on vous l'impose. Je me sentais pas irrécupérable. Castration chimique c'était à vie et pour moi en gros vous étiez irrécupérable et je me sentais pas du tout comme ça. Je suis un battant et à ce niveau là, quand j'ai fauté je me remets en question et j'essaie de ne pas recommencer. Je fais tout pour ne pas recommencer. Et oui, il faut l'expliquer aux gens, leur donner les armes autres que leur proposer un bouclier chimique. Après bon... voilà, ce qui froisse le plus les gens, je crois c'est ça, à mes yeux.
- *D'accord.*
- C'est peut être pour ça que les gens n'osent pas poser des questions. Parce que ça vous est imposé et vous ne savez pas trop à qui... qui peut vous faire du tort. Ce que vous allez dire va vous causer du tort ou pas. Donc il faut arriver à oublier que c'est la justice qui vous l'impose, c'est pas facile au début.
- *Y'avait suspicion ?*
- Y'avait suspicion, donc je me suis fait expliquer très rapidement et puis j'ai testé le terrain. J'y suis allée doucement dans mes révélations avec elle et voilà après c'est la confiance qui s'installe et ça se passe très bien, mais il faut essayer je pense d'améliorer ce point là. Essayer de donner confiance aux gens à qui on impose ce genre de mesure sinon vous n'avez jamais... Quand on vous impose quelque chose et que vous y croyez pas, c'est la pire des choses. Voilà.
- *Vous vous y avez cru en tout cas ?*
- Oui j'en ai pris mon parti et j'ai décidé que ça allait changer les choses mais ça avait déjà commencé en prison. Je pense que le suivi aussi en prison est important... mais ça ne fait pas partie de votre thèse je crois.
- *Non mais j'ai fait mon mémoire sur ce sujet, sur l'incitation aux soins en milieu pénitentiaire...*
- Je pense qu'elle est pas... ça manque de moyens à mon avis et je pense qu'on incite pas assez les gens à se soigner.

## Entretien N°4

- *Qu'est ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Injonction de soins. Alors là ! Tout dépend dans quel angle on le voit !
- *De votre angle à vous...*
- Si on le place du côté médical, il faut que d'abord on se reconnaisse malade. Et ça y'a pas grand monde qui se reconnaît malade. Même ceux qui le sont ont des difficultés à le dire. Personnellement, moi je vous le dis, je l'exprime, c'est pas que ça m'apporte rien, je rencontre quelqu'un avec qui je peux dialoguer de tout, de rien, qui a une réponse si y'a un problème. Je peux faire des erreurs comme tout le monde, des erreurs de pensée, je peux en faire. Vous allez me dire, je peux aller voir un prêtre mais enfin c'est pas évident.
- *Qu'est ce que ça veut dire pour vous IS, qu'est ce que ça signifie ?*
- Et bien disons, une injonction de soins, c'est un garde-corps envers une personne qui pourrait disons, qui aurait pu enfin qui pourrait plus ou moins, qui pourrait disons reprendre, reproduire le même acte que ce qui l'a conduit en détention. Et ça dieu sait si y'en a.
- *Donc ça pourrait permettre d'éviter la récidive.*
- Ça peut permettre, j'ai pas dit que ça éviterait parce que bon vous n'êtes pas auprès de chacun, vous n'y êtes pas. Vous n'êtes pas des sur-êtres. Mais y'en a que ma foi, ça peut aider. Surtout ceux qui sont malades.
- *C'est donc pour des gens malades.*
- Pas tout à fait, ça peut être tourné vers des gens malades que vers des gens qui veulent discuter de tel ou tel problème.
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Pour moi le Dr MC il joue en quelque sorte, c'est une personne qui voit que l'ordonnance du judiciaire est appliquée. Après vous savez, comme on dit... moi je peux vous y amener, je peux vous conseiller. Maintenant si vous ne le voulez pas, vous jouez avec le feu. Parce que s'il y a dérogation à l'ordonnance, ça peut reconduire à la case départ.
- *A la prison.*
- Mais aussi, mais aussi, ça peut s'ajouter, je dirais bien à l'acte qui pourrait suivre. Parce que si la personne se prend pas en charge et dis bon et bien je vais poser la question si je fais ça comme ça est ce que ça va être mal interprété parce qu'il y a ça aussi. Il faut quand même une coopération avec vous.
- *Et le rôle du psychiatre traitant ?*
- Pffff... moi disons que personnellement, au début j'en voyais pas la nécessité puis après je suis rentré en estime parce que bon il m'a rendu certains services que même son collègue, m'avait rendu. C'est pas des grands services mais c'est une aide à l'insertion donc je ne peux que l'estimer.
- *D'accord. Et son rôle à lui dans tout ce dispositif ?*
- Ben disons que son rôle pour moi, il est... il est la pour disons, pour éviter, pour prévenir que si on est sur la pente descente, il pourrait recommencer à faire des conneries. Enfin s'il veut bien se confier. Toujours pareil, il faut le vouloir. C'est comme ça que je le vois. Maintenant je dis une chose, c'est mon avis, mais une personne qui vit seule, je dis bien seule avec un poids, je pense qu'il aura davantage de mal à se reconstruire qu'une personne qui est en couple ou qui partage sa vie avec une personne du sexe opposé.

- *Quel est le rôle de votre CPIP ?*
- Ben c'est ni plus ni moins, le chef de gare [rire]. T'as fait ci, t'as fait ça ? T'as payé, t'es allé voir MC ? C'est un petit peu assimilé au docteur MC moi ça m'apporte pas plus. Bon si, on a sympathisé. Mon problème vous savez, c'est que je crois pas qu'il ait vu beaucoup d'handicapés comme moi. Je veux pas dire que je lui en apprends plus que ce qu'il peut m'apporter. Bon, il est là pour me rappeler qu'il faut que je vois untel. Bon c'est vrai que s'il y a réparation il faut bien réparer. Maintenant que les réparations que l'on fait soit bien utilisées. Ca, on sait pas.
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- Bof, quel ressenti ? Euhhh je vous avoue que c'est un peu lourd. Je l'admets mais de l'autre côté bof... disons que c'est un peu impératif : « Tu dois ». Je sais que j'aimerais dire je viens parce que ça me dit de venir. Après c'est tout.
- *Y'a cette obligation qui pèse sur vous.*
- Voilà. Je pourrais venir pour parler de tout et de rien, de l'actualité. Comme aujourd'hui, j'ai dit au Dr P, je suis en train de vivre un drame car mon épouse et moi on a évité que notre belle fille ... Ils se sont unis avec un de mes fils qui était venu quelque temps à la maison pour essayer de se refaire affectivement. Parce que le temps perdu ne se rattrape pas, parce qu'ils ont été séparés. Ils ont vu qu'on était solide alors bon ils ont décidé de nous lâcher un petit peu la grappe. C'est pas histoire de nous lâcher mais ils savent très bien qu'ils sont tranquilles pour vivre leur vie.
- *Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- Je connaissais pas les services qu'il pouvait rendre. Bon peut être que je me suis approprié la personne qui œuvre, qui a accepté d'œuvrer auprès de la justice. Peut être qu'elle a l'impression qu'elle perd son temps. Pour moi c'est la personne que je peux, qui m'a été donné de voir, si j'ai un soucis quelconque.
- *C'est donc une bonne relation ?*
- Oui, ca ne me dérange pas.
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*
- Qu'est ce que vous voulez que je vous dise, on est devenus copains ! [rire]
- *Est ce que vous avez la même relations avec ces deux médecins ?*
- Non, Dr MC il s'assure que le médical soit exécuté. Voilà. Et le Dr P c'est celui avec qui je peux me confier. Dr MC comme on dit, il me reçoit entre deux, il fait son petit blabla auprès du juge je présume, bon et c'est tout. Le reste... comme on dit, si j'avais un problème de neurologie, je pourrais lui en parler car c'est sa spécialité. Maintenant il s'occupe de médecine légale, on peut parler de tout et de rien mais enfin il a d'autres choses de plus urgent que moi à traiter.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Disons personnellement, je me suis pas encore posé la question.
- *Vous ne vous êtes pas posé la question en trois ans ?*
- Non, je viens. Je viens, je vous dis parce que je suis appelé à y aller. Je viens bon pour rencontrer quelqu'un que j'estime, avec qui je sais que je peux discuter de divers problèmes que je peux pas discuter avec d'autres. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de problèmes disons psychologiques. Bon je suis retraité, bon donc c'est sûr si je devais... Y'a certains travaux qui me sont défendus, certaines embauches mais comme j'ai dit au JAP « mais vous croyez que moi je vais pouvoir aller poursuivre les jeunes filles, vous croyez que j'ai envie, vous croyez que les personnes que les

jeunes min... euh majeurs je vais aller leur courir après ? » J'ai l'impression que des mesures ont été prises de manière systématique, mécanique, sans aucune réflexion. Ils ont pris des mesures sans se poser la question. Enfin moi ça me dérange pas, c'est eux.

- *Pour vous c'était pas utile cette mesure ?*
- Disons, on a compris ou on n'a pas compris. On se remet en question ou on ne se remet pas en question. Actuellement je suis en paix. Mes enfants, ce sont à eux de s'occuper des petits enfants. Occasionnellement, que je les aide, que j'intervienne quand c'est nécessaire mais comme je dis, j'interviens qu'à la demande et deuxièmement je n'ai rien à faire pour ce que j'ai été condamné. Ca ne m'intéresse. Comme on m'a dit : « Qu'est ce que ça vous faisait quand vous changiez vos enfants ? ». J'ai dit « absolument rien ». Demandez à une mère de famille ce que ça lui fait ? J'ai fait mon travail de père, point barre.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Depuis ce procès, ça a détérioré la famille et ça j'essaie de raccommoder parce que les enfants se mangent le nez. Se mangent le nez les uns des autres et ça me fait quand même mal. Parce que j'ai un de mes garçons, bon, c'est une histoire de concurrence d'autorité envers ses frères et sœurs. Aujourd'hui que fait-il ce garçon là ? Il est papa, sa compagne travaille et il est obligé de s'occuper, il a fait le choix de s'occuper en tant qu'homme de son petit gamin. Alors je me dis c'est pas l'hôpital qui se fout de la charité ? Bon ils m'ont critiqué que je voulais tout à leur place, que j'étais un ours. Je me suis dit d'accord si vous n'aimez pas l'ordre dans une famille et si vous voulez vivre sur le désordre. Ca devenait accidentogène pour ma femme et moi. Et donc il faut bien quand même de l'ordre. Il faut bien quand même apprendre à vivre en société et pour soi même. Est ce qu'inviter un gamin à tenir sa chambre propre et rangée, c'est péjoratif ? J'ai été formé par des mouvements de jeunes, même disons qu'on a dit à un moment donné « paramilitaire » mais le scoutisme on en fait pas des soldats que je sache, on en fait des gens responsables. Alors voilà, bon c'est vrai que j'étais plus près de mes enfants que mon épouse parce que je pouvais me déplacer et que elle ne pouvait pas se déplacer dans un appartement à deux étages. Mais autrement après si elle avait pu faire toutes les tâches, je les aurais pas prises, certainement pas. J'ai pas pour habitude d'attendre qu'on me demande.
- *Est ce que ce suivi en IS a changé quelque chose pour vous ?*
- Non. Non, parce que ça a nuit en ma confiance parce que je me demande si je fais ci, si je fais ça, est ce que ça va pas mal être interprété. C'est ça, le fait, surtout quand on s'en est pris à mon handicap, quand on me dit que j'aurais pas du me marier, j'aurais pas du créer une famille. Il s'est même demandé pourquoi j'avais pas pris une albigeoise ? Qu'est ce que vous voulez, les sentiments vont là ou ils se posent, y'a eu un brassage de population et puis c'est tout. De quoi je me mêle ?
- *Quel bilan faites vous de cette prise en charge ?*
- Je vais vous dire, je n'ai pas encore tiré de bilan. De bénéfice, j'en trouverais certainement un jour ou l'autre. Je viens ici comme si je venais voir un ami, un copain. Quelqu'un que j'estime intelligent, avec qui je peux causer de divers problèmes de l'actualité.
- *Quels points seraient à améliorer ?*

- Pfff... ça demande à repenser la chose, de le voir dans quel sens. Et puis ce que chacun a besoin. Mais surtout, surtout c'est qu'il y ait à la sortie de la détention, c'est un vrai accompagnement. Parce que je pense que c'est là, le problème il est là. Quand on sort de détention, mis à part de vous dire : ayez un appartement. Il faut que vous ayez quelqu'un d'intermédiaire qui vous en trouve un. J'ai eu cette chance d'avoir quelqu'un qui m'a aidé, qui m'a conduit vers un établissement relai. On s'est pas posé la question de comment j'allais faire. Moi je me suis retrouvé seul. J'ai le sentiment d'avoir été jeté à la sortie de prison. Pour nous la mesure d'incarcération est terminée, l'accompagnement social et disons humain, disons n'y est pas. Mis à part le suivi d'aller discuter un petit moment mais en réalité... vous ne pouvez pas tout faire à moins de vous transformer en assistante sociale. A moins qu'il y ait une assistante sociale dans les services.
- *Le SPIP ça ne suffit pas ?*
- Disons est ce que le SPIP c'est vraiment sa tâche de jouer le rôle d'insertion ?
- *Un peu quand même, c'est dans son nom !*
- Dans ce cas là, il faudrait qu'ils soient formés à tous les cas, pauvres bougres. Comme je vous dis vous êtes jeté du centre carcéral. Heureusement que j'ai eu la chance que l'établissement « l'Oustal » a bien voulu m'accueillir et encore ils ont été forcés. Il a fallu que je fasse intervenir les instances religieuses qui au départ étaient à la création de « l'Oustal » mais sinon ils ne m'accueillaient pas. Il a fallu que le SPIP les menace. Mon épouse a bien voulu continuer notre vie commune mais si j'avais été tout seul, je ne vous dis pas que j'aurais été vulnérable d'une manière ou d'une autre : je me serais laissé mourir ou j'aurais fait une autre faute pour re-rentrer en prison. Y'en a qui font ça parce qu'ils ne trouvent pas de dialogue. Y'a un grand rôle à reprendre au niveau social, c'est pas de le prendre par la main mais pour leur donner un coup de fouet, leur remettre le pieds à l'étrier. Je pense que quand y'a des longues peines, il devrait y avoir un temps de transit qui pourrait être une libération probatoire qui permettrait de dire : vous rentrez, vous avez un logement en prison c'est un fait mais vous savez très bien que vous n'y êtes pas. Parce que déjà d'avoir un toit, être sur d'avoir un toit, qui est quelqu'un « je vous emmène là ou on y va ensemble faire telle ou telle démarche ». Y'a bien des éducateurs de rue, pourquoi ils ne viennent pas au centre de détention œuvrer auprès de ces personnes qui vont être jetées à la rue parce que c'est ce qui se passe? Et ça je crois que c'est quelque chose, vous psy, vous devriez faire toucher du doigt, aux autorités judiciaires.
- *Vous diriez que ce qui est à améliorer c'est le suivi social à la sortie de prison.*
- La préparation des gens à la détention et le suivi à l'extérieur mais par des éducateurs de rue. On en fait voir de leur travail auprès des jeunes difficiles. Pourquoi pas ? Le mot éducateur de rue c'est peut être pas le bon truc. Accompagnant social par exemple, un nom qui rappelle pas le centre carcéral. Qu'est ce que vous voulez, on y est passé, on y est passé. C'est comme ceux qui ont quitté une usine et qui vont en prendre une autre. Il faut ça. En toute sincérité. Il faut impérativement être accompagné. C'est un effort à faire par les pouvoirs publics pour éviter la récidive, je dis pas qu'il n'y en aura pas parce que...
- *C'est ce que vous me disiez tout à l'heure.*
- Des gens qui sont obsédés par ça, on a beau les dissuader, ils veulent rien entendre. Et je crois pas qu'ils entendront quelque chose. Mais enfin il faut quand même s'emparer, quand y'en a qui vont jusqu'au crime.
- *Est ce que vous voyez d'autres choses positives du suivi en injonction de soin ?*

- Peut être... non ... peut être il y aurait dans ce cas, une intervention au domicile des personnes pour voir comment ces personnes vivent car venir dans un bureau c'est bien mais voir son intérieur c'est bien aussi.
- *Donc vous vous rajouteriez ça.*
- Bon pas question gendarme mais parce comme on dit son chez soi parle plus qu'une visite. Enfin à mon avis.
- *Merci beaucoup Mr G d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*
- Mais non, non si ça peut améliorer les choses.

## Entretien N°5

- *Que ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- [blanc] Question qui tue là... [blanc] [rit] Je sais pas quoi répondre franchement.
- *Comment pourriez vous définir l'IS ?*
- [blanc] J'arrive pas à voir ce que je peux répondre...
- *Qu'est ce que c'est pour vous l'IS ?*
- [blanc] Pour moi c'est rien. Enfin c'est rien, pour moi là c'est une obligation.
- *Donc c'est une obligation...*
- Enfin au début c'était vraiment une obligation. Maintenant j'y viens parce que ça fait du bien aussi.
- *Mmmm*
- Après si j'avais pas eu l'obligation, c'est clair que je m'en foutais complètement.
- *D'accord. Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Rien. Il fait rien.
- *D'accord, il fait rien...*
- Vous savez quand je vais le voir, c'est tous les trois à six mois. Voir si ça se passe bien avec la psychiatre. Voilà, point, c'est vite fait.
- *D'accord*
- Ca va pas plus loin.
- *Pour vous, il ne vous apporte rien de particulier alors. Est ce que vous avez compris son rôle dans le dispositif d'IS ?*
- Enfin, c'est surtout pour le... enfin oui et non... moi je pense que c'est le juge, c'est par rapport au juge qui demande ça. Après, pourquoi exactement, je sais pas.
- *D'accord. Quel est le rôle du psychiatre ?*
- De m'énerver, de me faire pleurer. Non je rigole. Non enfin, parler de tout, enfin, parler de tout. Pour faire sortir tout ce que j'avais dans la tête. Ca a marché d'ailleurs. Après, quoi répondre de plus à part qu'elle m'a beaucoup aidé. Ça sert quoi, en tout les cas, mieux que le psychologue. La psychologie ça n'a rien à voir, vous n'arrivez pas à parler pareil quoi.
- *Oui.*
- Je trouve que les psychologues parlent moins, ils posent pas assez de questions. Je préfère. Sinon je parle pas moi.
- *Est ce que vous voyez une différence dans le rôle du psychiatre et du médecin coordonnateur ?*
- Euh... oui. Une grosse différence mais laquelle je sais pas. Ca n'a rien à voir. Moi le Dr MC, c'est pas un psychiatre, c'est quelqu'un que je vois pour le juge. Point. Y'a pas de psychologie avec lui.

- *D'accord et le rôle du SPIP ?*
- Je dirai pas le mot... Euh... le rôle... ca aussi, c'est pffff... [blanc] c'est quoi son rôle, à part nous emmerder ? C'est un peu comme le Dr MC enfin en un peu plus poussé car elle est en rapport direct avec le juge. C'est elle qui remplit tous les papiers et qui demande le changement de travail et tout ça. Après, c'est surtout pour les changements.
- *D'accord, donc c'est plutôt au niveau social et en lien aussi avec le juge.*
- C'est ça.
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- Je sais pas quoi répondre. [blanc]
- *Qu'est ce que vous en pensez, qu'est ce que vous ressentez ?*
- [blanc] J'en pense quoi ? J'en pense du bien quand même. C'est vrai qu'au début ca fait du bien aussi de parler, de l'affaire, de pourquoi j'étais en prison. Ca fait du bien de tout ressortir, d'oublier aussi. D'oublier mais de pas refaire la même connerie.
- *Oui, vous pensez que ça peut aider dans la prévention de la récidive ?*
- Oui beaucoup. Oui heureusement d'ailleurs.
- *En quoi ça peut aider ?*
- En quoi ça peut aider, c'est que... [blanc] comme on en parle souvent ça, ça je sais pas comment expliquer.
- *Le fait d'en parler en tout cas ça peut aider.*
- Ca m'aide. Au début c'est dur mais maintenant c'est bon.
- *Je vous demandais votre ressenti ? C'est plutôt positif, négatif ? Vous l'avez bien vécu ou plutôt mal vécu ?*
- Au début je l'ai très, très mal vécu. C'est comme tout le monde je pense. Y'en a pas beaucoup qui doivent aimer ça.
- *Pourquoi vous l'avez mal vécu ?*
- Pour moi j'en avais pas besoin. Dans ma tête, ça me servirait à rien, à pas grand chose. Après au contraire, ça m'a servi et c'est pas mal quoi. Faut le faire quoi. Peut être pas aussi longtemps mais faut le faire
- *Vous pensez que c'est trop long cinq ans ?*
- Cinq ans ça commence à faire long. Je crois que c'est le maximum pour moi. Là c'est fini. C'est vite passé quand même, quand on s'entend bien avec la psychiatre, tout ça, les infirmières. Heureusement...
- *Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- [rire] C'est pareil, je sais pas... [blanc] je sais pas, c'est toujours pareil... ça se passe bien, qu'est ce que je peux dire de plus. Je sais qu'au début c'était un peu dur parce qu'elle parlait pas beaucoup, enfin elle parlait mais vu l'affaire que j'ai eu. Je la comprends très bien. Au début, c'est un peu dur. Pour moi ça a été beaucoup plus dur. Comme ça se passe bien, maintenant je m'entends bien avec elle.
- *Pourquoi vous pensez que c'était difficile pour votre psychiatre ?*
- Ben je sais pas, on voyait qu'elle était pas trop, trop... Enfin c'est son métier aussi, elle a pas vu que moi je pense. Voilà, je suis pas le premier mais je voyais que je sais pas, elle était pas si bien que ça au début.
- *Pas à l'aise ?*
- Pas à l'aise. Oui je sais pas si elle le faisait exprès pour que je puisse parler plus mais c'est vrai qu'au début c'était un peu dur. Maintenant ça va.
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*

- [blanc] Quelle relation ? Y'en a pas vraiment. C'est bonjour, ça va, aurevoir. Y'a pas de relation. Si je reste 5 min à chaque fois. C'est pas comme la psychiatre, c'est une demi heure, ça n'a rien à voir. Ca se passe bien aussi mais c'est tout.
- *Y'a pas une relation qui s'est instaurée comme avec votre psychiatre ?*
- Non pas du tout. Ca a toujours été pareil. Il est bizarre mais sympa. Il a une tête bizarre. [rire]
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Que j'arrive à éviter les pulsions. Surtout ça, c'est l'essentiel.
- *Ok donc surtout de vous aider par rapport à votre problématique en lien avec l'affaire ?*
- C'est ça.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Oui y'a beaucoup de choses qui ont changé. J'ai moins d'amis déjà, c'est sûr. Après ça a changé oui, après [blanc] quoi je sais pas mais c'est pas pareil. Y'a eu un gros changement, surtout mental.
- *Un changement plutôt positif ?*
- Positif d'un coté socio-)judiciaire mais après négatif car au lieu de penser à des conneries comme j'ai fait et tout ça, maintenant c'est le pognon et la bouffe que je comble. Je préfère ça qu'autre chose mais bon. C'est comme ça.
- *Que vous apporte ce suivi ?*
- [blanc] C'est un peu toujours les mêmes questions. Ca m'a apporté quoi... [blanc]. Je peux passer ?
- *Quel bilan faites vous de cette prise en charge ?*
- C'est vous qui faites ces questions ? Faut changer de questions. Le bilan il est positif, après voilà. Tout se passe bien, le bilan, il est bon.
- *Est ce que vous diriez que vous avez compris comment s'organise l'IS ?*
- Pas trop. J'ai jamais vraiment posé de question pour ça. Je sais que je suis suivi. Après j'ai pas posé de questions : pourquoi, à quoi ça sert. Enfin si à quoi ça sert, on sait mais pourquoi la spip, tout ça
- *Ca vous a jamais vraiment intéressé ?*
- Non.
- *Quels sont les éléments positifs à cette prise en charge ?*
- [blanc] De parler à un psychiatre, ça s'est positif.
- *Même si ça vous est imposé ?*
- Même si c'est imposé. Au début je voulais pas mais après quand on y est dedans, ça fait du bien. C'est pour ça qu'après de temps en temps je vais venir la voir pour parler un petit peu, voilà.
- *Donc même si dans un premier temps vous n'étiez pas vraiment investi, au final d'y être ça vous a permis de parler ?*
- Oui c'est ça. Ca fait vraiment du bien d'évacuer tout.
- *Et des choses négatives, vous en voyez ?*
- [blanc] A part l'obligation... après c'est tout.
- *Vous me disiez que c'était un peu long.*
- On dit que c'est un peu long mais après on va revenir derrière. Donc ça continue quand même. C'est long par rapport à l'affaire, à la décision que j'ai eu mais après, bon ca va.

- *Quels points seraient à améliorer ?*
- [blanc] Je vois pas.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Ca se passe bien, je suis content. Je vais continuer tous les deux mois trois mois, ce sera pas mal.

## Entretien N°6

- *Que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Pour moi, franchement ça...
- *Franchement...*
- [blanc] Ca, ça comment je pourrais dire ça. Ca m'aide beaucoup parce que j'ai pas envie de revenir là bas. C'est hors de question. Voilà. J'ai fait une connerie, comme entre parenthèses tout le monde fait des conneries. Je veux pas revivre ça. C'est hors de question, non, non.
- *En quoi ça vous aide la mesure d'IS ?*
- Pour pas recommencer. Voilà, je veux pas recommencer, c'est clair et net. J'en ai bavé et 5 ans c'est long. C'est long et non, j'ai eu le temps derrière pour réfléchir et c'est vrai que en détention, que ce soit Seysses, Muret, St Michel, les trucs comme ça c'est mal vu. Et c'est vrai que j'en ai souffert. Enfin, pas physiquement, mais moralement. C'est vrai que c'est pas facile, quoi. Après bon entre parenthèses, le seul endroit où j'étais à peu près, entre parenthèses, c'est Muret.
- *D'accord, Muret...*
- C'est un centre de détention, ça n'a rien à voir tandis qu'à la maison d'arrêt St Michel, Seysses, c'est l'enfer. Je veux pas du tout revivre ça. Je vais vous dire pourquoi, je peux m'en prendre qu'à moi même mais j'ai pas vu grandir mon fils. Et ça, ça me ... maintenant j'ai tourné la page, ça m'a coûté le divorce. Ca m'a coûté, j'ai pas vu grandir mon fils. Ca fait que tout ça non, non, non c'est hors de question.
- *Est ce que vous avez l'impression que la mesure d'IS vous aide dans la prévention de la récidive ?*
- Peur de retourner en prison, ça j'y retournerai jamais, ça c'est clair mais le fait de parler avec Mme P ça me passe. Si vous voulez, je suis quelqu'un de renfermé, je parle pas.
- *Mmm*
- Et euh là dessus c'est grâce à elle que j'ai pu euh... enfin, dialoguer. Je suis renfermé, je parle pas, je suis comment dire ça, je suis solitaire. Ca fait que même la connerie que j'ai fait, c'est à cause... Parce que je suis pas quelqu'un qui aime sortir, tout ça, c'est pas mon truc, j'ai toujours été solitaire.
- *D'accord.*
- Et même quand j'étais avec mon ex et tout ça, j'ai toujours été en dehors. Et c'est vrai que pour ça maintenant, je suis un peu moins...
- *Le suivi vous a aidé dans vos relations avec les autres...*
- Oui voilà. Aller vers les autres et parler davantage parce que moi avant... vous voyez, avant y'a, je sais pas au début que je voyais Mme P un truc comme ça, voyez j'aurais pas parlé.
- *Mmm*

- Ca c'est clair. Et elle m'a posé la question, elle m'a dit vous êtes pas obligé. Non, non, c'est pas un souci. Mais c'est vrai que je l'aurais pas fait avant.
- *D'accord, en tout cas je vous remercie d'être là. Pour vous quelle serait la définition de la mesure d'IS ?*
- Dans un sens ce serait quelque chose de bien pour que les personnes ne récidivent pas ou un truc comme ça mais je pense que c'est pas assez.
- *C'est pas assez?*
- C'est pas assez. Comment dire ça ? C'est pas assez strict. Moi je pense, moi mon cas, je recommencerais pas ça c'est clair, mais bon quand vous voyez aux informations tout ça, il a fait ça, il est ressorti, il a recommencé. Tout ça ce truc, moi personnellement, je sais. Y'en a qui sont comment dire, ça, pas déséquilibré mais presque. De mon cas à moi c'est sur que non. Non, non, non. Ca c'est clair et euh... je pense que pour les personnes comme ça, qui ont ça dans le sang, pour moi c'est pas assez.
- *Pour vous c'est pas utile ?*
- C'est pas assez strict.
- *Qu'est ce que vous imagineriez ?*
- J'ai vu en maison d'arrêt, j'ai vu ce qui se passait. Entre parenthèses, là bas c'est et voilà quoi. Quand vous voyez que, enfin, quand vous voyez que même en prison ils arrivent à faire ça. Je sais pas. Parce que là bas c'est...
- *Qu'est ce qu'il faudrait qui change ?*
- Ca dépend des personnes. Comme moi j'ai fait une connerie. Y'en a certains, ils font que ça au niveau de la même connerie que moi. Y'en a qui touchent les gosses, ça c'est un truc... pour moi c'est pas normal. Même moi ce que j'ai fait à cette fille, c'est pas normal non plus, ça se fait pas, c'est vrai, bon... mais je sais pas. [rire] C'est pas évident, je préfère parler de mon cas.
- *C'est ce que je vous demande de me parler de vous.*
- Les autres, ils font ce qu'ils veulent, c'est leur vie, moi j'en ai assez comme ça de la mienne, les soucis. Ca va. Tout ça, c'est derrière moi. Je prends la vie autrement qu'avant grâce à Mme P.
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Euh...
- *C'est qui votre médecin coordonnateur ?*
- Bonne question... c'est un monsieur.
- *Monsieur MC ?*
- Non c'est un autre... euh... je sais pas le nom.
- *Quel est son rôle alors ?*
- Il sert plutôt vers ... vers ... euh les juges et tout ça. C'est ce qu'il fait. Il suit, une ou deux fois tous les trois mois. Il me convoque, tout ça et voilà. Pour voir si j'ai refait ma vie, si j'ai rencontré quelqu'un, si je reste pas seul... voilà lui ce qu'il veut savoir c'est ça. Et comme moi je lui ai dit bon j'ai eu des fréquentations mais j'arrive pas à me... Euh... à me mettre avec quelqu'un. J'arrive pas. Je sais pas si c'est le fait de ça et que je [blanc] comment je pourrais dire ça. J'ai, c'est [blanc] peut être je focalise là dessus, je sais pas et quand je rencontre quelqu'un que la personne ça va et après que j'arrive, que c'est... je peux pas, je peux pas.
- *Ca vous en parlez...?*
- Avec Mme P.

- *Et avec le md coordonnateur...?*
- J'en parle un peu mais pas comme avec Mme P.
- *Quelle est la différence entre le médecin coordonnateur et votre psychiatre ?*
- Je pense que lui il est plus pour rapporter les ... euh... quand je suis convoqué envers le juge. Tandis que Mme P, je sais pas. Ca c'est une bonne question, est ce que c'est pareil ou est ce que c'est ... ? Est ce que c'est à part, ça je peux pas vous dire. Parce que je pense que le médecin coordonnateur, une fois par an, il doit faire un genre de rapport. Je pense mais je sais pas si Mme P le fait aussi. Ca c'est un truc, je sais pas.
- *Vous ne lui avez pas demandé ?*
- Non.
- *Ca peut être important de savoir.*
- J'ai jamais posé la question. Voilà, je sais pas. Je sais pas. Mais j'ai plus de facilités de parler avec Mme P qu'avec lui. Lui c'est autre chose, lui on dirait qu'on parle devant un juge. Pour moi c'est pas facile, c'est pas facile. Tandis qu'avec Mme P, je suis plus libre de parler de tout, de rien. Pour moi c'est plus facile.
- *Et le rôle du CPIP ?*
- C'est pareil que le médecin coordonnateur. J'y vais une fois tous les deux ou trois mois et après aussi je vais, je vais pointer chez les flics, deux fois par an.
- *Donc ça, ça fait parti des obligations.*
- Ca c'est à vie. Chez les flics signer, donner la fille de paye. Ca c'est à vie. Mais bon ça c'est pas pareil.
- *Et donc le spip qu'est ce qu'il fait ?*
- Pour moi il est presque comme le médecin coordonnateur.
- *Mmmm*
- Je pense, je la vois tous les deux trois mois. J'amène les fiches de paie, le papier comme quoi j'ai vu Mme P, l'attestation, je pense que après, elle, elle fait le rapport avec le juge des libertés et voilà quoi. Tout ça, c'est pas facile.
- *Quel ressenti vous par rapport à cette injonction de soins ?*
- Euh...[blanc] comme je pourrais dire ça. Ca m'apporte euh... comment je pourrai dire ça, c'est pas facile. Si vous voulez ça m'aide à.... Comme je pourrai dire ça ? Ca m'aide à aller au devant de moi comme je suis quelqu'un de solitaire et petit à petit j'ai... c'est vrai que c'est pas facile pour moi et c'est vrai que grâce à ça, ça m'aide à plus parler avec les gens. Comment je pourrais dire ça, ne pas rester seul surtout parce que bon avant la connerie que j'ai fait c'est à cause de ça après bon, voir du monde, changer ... tout ça... comment je pourrais dire. Ca me fait si vous voulez, évoluer envers... parce qu'avant j'étais solitaire, je voyais personne. Quand j'étais comme ça, je rentrais du boulot à l'époque et c'est à cause de ça que j'ai fait la connerie.
- *Et le fait que ce soit une obligation de venir ici, comment vous le vivez ?*
- Je sais que je dois venir, bon je parle avec Mme P mais j'ai eu ... J'ai moins de trucs quand c'est le médecin coordonnateur. Mais lui je sais pas, je sais pas pourquoi. J'arrive pas à me situer. Avec lui j'ai du mal à parler. Ca dure quoi une demi heure, trois quarts d'heure mais avec lui... je parle mais sans plus.
- *Est ce que vous vivez ça comme une contrainte ?*
- Non
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*

- De prise en charge ? De ?
- *De l'injonction de soins. De tout le dispositif.*
- De ne pas recommencer, c'est surtout ça.
- *C'est ce que vous disiez, éviter la récidive.*
- Non, non, non, moi maintenant, c'est fini. Bon je l'ai fait une fois et c'est vrai que ce que j'ai fait c'est pas... c'est pas clair mais c'est vrai que bon j'ai été condamné. J'ai fait une connerie, je paye. Tout ça maintenant c'est derrière.
- *Et le fait que ce soit un suivi qui va durer toute votre vie ?*
- J'ai pas le choix. Moi je pense que c'est bien, ça évite, enfin entre parenthèses, moi c'est mon cas, les autres c'est les autres, chacun à son cas. Mais moi, je pense que ça évite la récidive, du moins pour certaines personnes.
- *Vous ça vous pose des limites en tout cas.*
- Voilà. Moi c'est pour ça je vous dis, les autres cas c'est pas mon problème. Moi c'est mon cas à moi et je me tiens à ça.
- *Que vous apporte ce suivi en IS ?*
- Euh... Ca m'apporte... moi je pense que ça me fait évoluer parce que j'ai changé. J'étais pas... ça m'a aidé à aller vers les autres mais quand même des limites.
- *D'accord*
- Ca m'aide car c'est vrai, j'étais solitaire et tout ça... et comment je pourrais dire ça...[blanc] même [blanc] même rapport... comment dirais-je ça... aux rapports [blanc] même les rapports sexuels et tout ça... jusqu'à maintenant j'aurais pu me mettre avec quelqu'un mais je me suis mis des... franchement je sais pas ce que vous en pensez, je préfère aller voir des prostituées que recommencer là dessus.
- *Mmmm*
- Moi c'est mon point de vue mais après je sais pas.
- *Quels éléments positifs trouvez vous au dispositif ?*
- Ca me fait parler parce qu'avant je parlais pas. Ca m'aide à [blanc] pas à évoluer mais ça m'aide beaucoup à aller plutôt vers les autres plus facilement qu'avant parce qu'avant c'était ... voilà...
- *Et les éléments négatifs de l'IS ?*
- Négatif, non.
- *Rien du tout ?*
- Non, non. Pour moi non. Ca me dérange pas parce que l'après-midi je travaille pas. Le seul truc qu'il y a c'est que j'aime pas aller chez les flics. J'ai pas le choix mais j'aime pas.
- *Ca vous rappelle de mauvais souvenirs ?*
- C'est la que je suis rentré et je suis pas ressorti. Ca fait que j'ai reçu une convocation et ça me rappelle des souvenirs car à l'époque j'avais mon fils. Je pensais pas du tout à ça. Et arriver là-bas... J'ai laissé mon fils à ma mère et du coup je suis arrivé là-bas et je suis pas ressorti. Ca ça a été dur. Après ça, y'a eu l'incarcération, j'ai pas vu mon fils grandir. Tout ça c'est là mais bon...
- *Est ce qu'il y aurait des points à améliorer ?*
- Jusqu'à maintenant tous les rdv ça me va très bien. Après les autres, s'ils travaillent la journée. Je finis à 4h donc ça me laisse du temps pour mes rdv.
- *Avant de terminer cet entretien, est ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?*
- Que ça continue comme ça.
- *En tout cas merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*

## Entretien N°7

- *Qu'est ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Je sais pas là, aucune, idée... Une injection de soins, c'est... une piqûre.
- *L'IS c'est ce à quoi le juge vous a condamné. Il a décidé que vous étiez obligé d'aller voir les psychiatres et le SPIP.*
- Oui. Ah c'est ça une injection de soins !
- *Vous ne saviez pas que ça s'appelait comme ça ?*
- Et non. Je croyais que c'était une injection, une piqûre. Ah voilà, voilà. Et oui je pensais à ça, injection.
- *C'est inJONction.*
- Ah oui c'est pas pareil. D'accord, d'accord.
- *Donc comment vous le comprenez ce dispositif qui est mis en place par le juge ?*
- Ah ben, c'est obligatoire. Une obligation alors moi je le fais parce que c'est une obligation, ah ouai. Ah non, non, moi je veux pas, même de louper. Moi je le fais, je viens ici. J'ai jamais manqué et je veux pas manquer.
- *D'accord.*
- C'est comme ça, c'est pour mon bien. Je veux dire c'est pour mon bien. Ça évite de recommencer des trucs comme ça mais moi je pense plus à recommencer ça.
- *D'accord.*
- L'alcool j'y touche même plus. Depuis que je suis sorti de là-bas, même là-bas j'en buvais pas puisque là-bas on boit pas d'alcool. Depuis là-bas, j'ai pas touché un verre de vin, un verre de Ricard. L'alcool c'est terminé, ça m'a détraqué le cerveau.
- *Donc ça, ça vous aide pour ne pas recommencer.*
- Quand je bois pas, tout le monde me le dit, je suis quelqu'un de réglo, je suis très calme, je bouge pas quoi. Mais dès que j'ai de l'alcool là dedans, je m'énerverais.
- *D'accord. Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Le médecin coordonnateur...
- *Vous avez un médecin coordonnateur normalement*
- Oui, oui mais je l'ai jamais vu.
- *Vous ne l'avez jamais rencontré?*
- C'est monsieur... comment il s'appelle... Oh là là ... Monsieur MC. Il m'a jamais appelé, il a mon numéro, ils ont tout.
- *D'accord.*
- De toute façon, il m'appellera.
- *Est ce que vous savez à quoi il sert ce médecin coordonnateur ?*
- On me l'avait expliqué vaguement mais j'ai pas trop...
- *Qu'est ce que vous en avez compris ?*
- Moi j'ai compris que c'était un gars que ... euh ... pour moi... qui marche avec le psychiatre.
- *Mmm*
- Il donne des détails. J'ai compris ça et après lui, il voit avec le juge. J'avais compris ça, un truc comme ça. Et c'est une obligation de le voir, je sais pas.
- *Vous avez compris qu'il est en rapport avec le juge.*
- Oui c'est ce qu'on m'a dit.
- *Et le rôle du psychiatre?*

- Le psychiatre c'est mieux. Si y'a un problème. Moi j'aime bien parler avec la psychiatre. Elle me l'a dit, si y'a un problème, eux ils peuvent donner des médicaments si y'a quelque chose. Les psychologues, ils peuvent pas. Avec la psychiatre, moi je parle bien.
- *Mmm*
- Moi j'aime bien parler avec les gens. Et je veux pas recommencer mais ça je sais que je recommencerais pas.
- *En quoi ça vous aide pour ne pas recommencer ?*
- J'y pense même pas à ça. Ah non, non. La prison quand on goûte une fois. Y'en a qui sont habitués. Moi je peux pas, là j'ai plus droit à l'erreur, je perds toute ma famille, je perds tout le monde. J'ai de la chance que je vois tout le monde. Une chance, mais bon. C'est pour ça que quand on fait des bêtises, quand on passe derrière les barreaux, c'est beaucoup. « Quatre ans ? Oh c'est pas long. » Pas long, à la fin c'était long ! Encore moi j'ai eu de la chance, j'ai toujours travaillé en détention, au bâtiment A. A part à Seysses ou j'ai démissionné, je restais en cellule. Je sortais mais j'aimais pas. En détention, je travaillais tout le temps. J'étais au bâtiment S, aux sortants, j'étais bien là. Je travaillais pour le directeur. J'allais chez lui après, dehors. Quand j'ai fait la demande pour aller dehors, je suis allé dehors. J'ai trouvé des portables, tout. Je voyais les surveillants « surveillant, surveillant » et y'a un jeune qui m'avait vu. Ouai il m'a dit, « t'es pas bien dans ton cerveau, fallait me le donner. » Je voulais pas, je sortais bientôt, une semaine ou deux semaine, j'étais dehors.
- *Et le rôle du CPIP ?*
- A le CPIP, ça c'est pour... une obligation aussi. Les papiers comme marqués par Mme P, les papiers de suivi, ça va au SPIP et le SPIP fait le rapport avec le juge. C'est obligé parce que si je le fais pas, je prends trois ans. Voilà, j'ai trois ans ferme après si je fais pas le suivi et quand on entend ça, il vaut mieux le faire parce que ça fait peur.
- *Ca vous fait peur ?*
- Ah oui moi je fais tout, le suivi je le fais. Moi j'ai un suivi, le SPIP, la psychiatre et voilà. Je le fais.
- *Est ce qu'il y a une différence entre le rôle du psychiatre et celui du médecin coordonnateur ?*
- Je pense pas... je sais pas. Je pense pas... peut être oui peut être non. Non, non, le même rôle je sais pas.
- *Vous pensez pourquoi ?*
- Je sais pas, je dis un truc comme ça mais je sais même pas pourquoi.
- *Effectivement ils n'ont pas le même rôle. Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- Ben c'est pour éviter le truc de la récidive, pour éviter de recommencer tout ça. C'est logique qu'on ait une obligation, si on fait des trucs comme ça. C'est obligé. Moi je dis c'est une obligation.
- *Pourquoi c'est obligé ?*
- En cas qu'on recommence. Il vaut mieux se faire soigner. Ah ouai. Si les gens se font pas soigner, s'ils se font pas suivre, on sait pas ce qu'il peut... quand on ressort on sait pas ce qui peut arriver. « Oh lui il a pas besoin de suivi. Est ce qu'on va arrêter l'alcool comme ça ? » le mec il boit...
- *Et vous avez l'impression que de voir un psy ça vous aide ?*

- Ah moi ça me fait du bien. Moi je lui ai dit, je lui ai expliqué. C'est comme là- bas, y'en a beaucoup, ils ont des suivis mais ils s'en foutent. C'est comme dehors, « moi je m'en fous. On payera s'il faut un juge, on reviendra en prison mais moi je le ferai pas ». Et là-bas y'en a, ils ont un suivi et ils disent « nous on s'en fout, on a 4 ans de suivi derrière, on préfère 4 ans de plus comme ça on fera pas les suivis ». Mais c'est pas une raison ça. Comme moi je vais pas revenir trois ans là-bas comme ça je suis tranquille.
- *Mmm. Ca, ça vous fait peur de retourner en détention...*
- Ah non là-bas je pourrai pas. Je préfère faire le suivi plutôt qu'on me remette là- bas.
- *Et le fait que ce soit obligatoire, est ce que ça vous dérange ?*
- Non pas du tout, c'est le juge qui commande. Quand je l'avais vu, j'avais bien discuté avec lui. J'avais le même rdv le 25. Et j'avais pris le 25 aussi mais pas à la même heure. J'avais bien parlé avec le juge. J'ai dit c'est moi la connerie.
- *Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- Pour moi elle est très bien. Je vais pas critiquer. Très bonne relation, je parle bien. J'ai rien à dire.
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*
- Pour l'instant y'en a pas mais je pense que ce sera pareil. Enfin bon, avec le docteur je pense qu'il y aura pas de souci.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- De la prise en charge?
- *De ce suivi par le SPIP, le psychiatre ?*
- Pour l'instant, y'en a pour cinq ans encore. J'en ai pour cinq ans encore... bon après... après bon, j'en attends quoi, des bons résultats déjà.
- *Des résultats sur quoi ?*
- Sur ma capacité de suivi comment dire. Quand je viens, comment je réagis envers eux et tout ça. Si je fais bien, voilà. Si y'a un traitement à faire qu'ils me disent de le prendre et que je le prends régulièrement. Faut être... vraiment... comme des notes quoi, comme à l'école être noté. J'attends des bons trucs, des bons résultats. Apparemment, pour l'instant je viens tout le temps. Tout le temps quand j'ai un rdv. Pour l'instant je manque pas les rdv. Je manquerais vraiment un rdv important, un papier, voilà... Pour se justifier.
- *Est ce que vous attendez autre chose ?*
- Ah oui de toute manière, quand ce sera fini. Je veux plus revenir là-bas moi. Ah non ça je le dis tout le temps.
- *Donc vous attendez de ne pas re-rentre là-bas ?*
- Ah oui que j'ai des bons résultats « il a bien fait son suivi pendant 5 ans » quand on arrivera au terme. Après elle peut dire Dr P, que même après fini, il veut continuer avec vous. Ca je sais pas si elle peut le dire ou pas.
- *Mmm*
- Moi je lui ai dit. Elle m'a dit « y'a pas de problème ». Après cinq ans que c'est fini. Je crois que ça se termine en juillet 2020. Et quand ce sera terminé, que moi je reprends avec elle... mais de moi même. Après ce sera fini, j'aurai plus de suivi. Un jour le suivi ça s'arrête mais après reprendre avec elle, de temps en temps, tous les mois ou tous les deux mois, aller la voir.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- En dehors, vous voulez dire. Ah oui, oui, oui.

- *Les choses ont changé ?*
- Ah oui, oui, oui, je suis mieux.
- *Qu'est ce qui a changé, vous voulez essayer de m'expliquer ?*
- Déjà je suis moins nerveux. Je suis plus calme quoi. Parce qu'avant pfff attention, avec la séparation de ma femme. Aussi ça a joué ça. C'est là que j'avais déraillé après.
- *C'est après que ce sont passés les faits ?*
- Oui bien après... parce qu'on s'est quitté en 2009 à cause de l'alcool comme j'ai dit. L'alcool... moi dès que j'avais l'alcool...
- *Donc ce qui a changé c'est l'alcool.*
- Ah oui, oui, oui, l'alcool. Tout le monde le voit de ma famille. Ils le voient. Parce qu'avant... Avant j'ai toujours bu mais aller faire ce que j'ai fait... je comprends pas. J'arrive jamais à comprendre comment j'ai fait ça. Parce que là où je travaillais à Carrefour, y'avait des jeunes, des filles, y'avait de tout. Je rigolais. Et même chez moi quand je travaillais pas, j'avais peur que quelqu'un embête les filles, je venais de chez moi avec le scooter. Avant j'étais à Villeneuve, je venais voir avec le scooter parce que c'était dans le noir quand elles prenaient les voitures. Je venais pour les accompagner. Après elles prenaient la voiture et j'étais tranquille. J'étais rassuré, elles rentraient tranquilles chez elle. Et encore, elles rentraient, même qu'elle avait un mari, la femme, elle rentrait et elle m'appelait. « C'est bon, c'est bon ». Elles m'appelaient poupon. « C'est bon poupon merci je suis rentrée ». J'étais rassuré.
- *Mmm*
- Et le patron une fois il me dit « qu'est ce que tu viens faire ? » « Ben je les accompagne, regardez comme c'est noir ici, y'a même pas de lumière ». Parce qu'il y avait des gens derrière là-bas, c'était un petit chemin, on sait jamais. Et j'avais toujours peur qu'il arrive quelque chose. Et un jour c'est moi, j'ai fait le con. Poooo. Et là-bas, j'accompagnais. Elles ont jamais rien compris pourquoi il m'est arrivé ça.
- *Mmmm*
- Mais ils m'ont pas laissé tomber. Je les ai revus. Ah non, j'en vois quelques unes. Les gens n'ont pas compris le problème que j'ai eu.
- *Que vous apporte ce suivi ?*
- Moi ça me va très bien ce suivi. Je viens parce que je parle bien et ça me fait beaucoup de bien. Au moins on vient ici, on peut discuter, y'a un problème on en parle. Pour moi c'est mieux.
- *Et le suivi avec le SPIP ?*
- Le SPIP... On parle avec une assistante sociale. Si quand même, ils sont... voilà. Mais je préfère venir ici que là-bas. C'est pas loin, c'est la même route. C'est juste à coté. Mais le problème c'est que là-bas je rentre, j'en connais des anciens quand j'étais, je sortais au foyer de l'Oustal. Oh là là, j'arrive là et qui c'est que je vois, des mecs avec qui j'étais avec eux. Pffff, ça me dégoûte. Je lui ai dis, quand j'arrive là, ça me tarde vite de partir. Ici, je passerais même deux heures à discuter, ça me dérange pas mais là-bas, il me tarde vite de partir.
- *Ca vous renvoie...*
- Ouai je revois l'image des anciens détenus. Je revois l'image, pas ce que j'ai fait tout ça mais envers eux. Moi ça me tarde. Et une fois, « on se reverra ». Pff « on se reverra », il peut attendre longtemps, quand il me l'a dit, je le revois.
- *Mmmm*

- Avant y'en avait un qui voulait venir. Une fois il était en permission et moi j'étais à Muret en détention. Il me dit « ouai je suis allé chez toi ». « T'es allé chez moi ? » « Ben ouai », il m'a dit, c'est comme ça comme ça. Là il est sorti, il est pas revenu. Moi je le veux pas. Les gendarmes me diraient... un détenu, il vient pas à la maison. Moi je veux pas, je veux pas me faire avec lui.
- *Qu'est ce que vous voyez comme éléments positifs ?*
- [blanc]
- *Ou négatif... ?*
- Positif... non je vois pas. Y'a le Dr P, le Dr MC et le SPIP. Pour moi, ils marchent ensemble.
- *Oui ils marchent ensemble tous les trois...*
- Ils marchent ensemble, c'est pour parler par rapport au juge. Pour le juge, comme c'est une obligation, je pense que c'est pour ça. Je vois pas autre chose. Je vois pas autre choses.
- *Des choses négatives ? Qu'est ce que vous diriez qu'il faudrait faire autrement ?*
- Moi ça me va très bien. Tel que je suis suivi, moi ça me va très bien. Parce que changer... c'est vrai en France on change beaucoup de choses, à la télé y'a changement tout le temps. Y'a beaucoup de changement.
- *Est ce que vous voyez des choses à améliorer ?*
- Améliorer, améliorer ? Qu'est ce que je pourrais dire quoi. Envers eux ?
- *Envers le dispositif.*
- Je vois pas. Y'a que moi, j'essaye de m'améliorer...
- *C'est déjà pas mal*
- Moi je m'améliore, j'essaye.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Qu'est ce qu'on pourrait dire à la fin ? [blanc] qu'est ce qu'on pourrait rajouter ? Là je sais pas. A part si y'a d'autres rendez vous avec vous ?
- *Et non y'a qu'un seul rendez vous.*
- Oh je sais pas, je demande parce que moi j'aime bien discuter. Non mais bon... voilà.
- *Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions monsieur.*

## Entretien N°8

- *Qu'est ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soin ?*
- Euh, alors là aucune idée.
- *Comment vous pourriez en donner une définition ? Comment ça fonctionne ?*
- C'est déjà pour nous aider, peut-être nous remettre la vérité en face pour dire de pas récidiver parce que là on risque un peu plus gros.
- *Oui, vous risquez un peu plus gros ?*
- Ben généralement, si tu replonges, tu retournes en prison pour les mêmes faits. Bon je parle pas que de moi, hein... mais comme un braqueur ou un autre. Tu vas faire une connerie dehors, pour la première fois, la justice elle va se montrer gentille et va dire je vous donne tant d'années. On sait que si on récidive, ça va être un peu plus dur et un peu plus sévère donc voilà. Moi je suis tout bon, comme il faut, je fais ce qu'on me dit de faire pour éviter de retourner de là ou je viens. Et si je fais tout ça, c'est aussi pour pouvoir voir mon gamin. C'est pour lui que je me bats. Après je vois le médecin, que le juge m'a ordonné.

- *Oui*
- Mais franchement comme j'ai dit au Dr P ou à la SPIP, j'ai l'impression, j'ai plus l'impression que c'est moi entre guillemets le psychiatre que le médecin.
- *Ah oui ?*
- Moi j'arrive, je l'écoute. Il me demande ce que je fais « voilà je travaille, je fais ci, je fais ça », comme je dis à tout le monde. Et le médecin il est là « moi avec ma femme, on va en Espagne, on achète des chaussures, moi j'achète des cigares ». Alors moi je suis là, comme ça, je fais « oui, oui, oui, oui ». Il me parle plus lui de sa vie que moi je devrais parler.
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Moi je pense que comme c'est un médecin coordonnateur, je pense que c'est à lui de nous remettre... entre guillemets de faire un peu comme si c'était le juge.
- *D'accord.*
- De nous rappeler un peu, je dis bien entre guillemets, de nous rappeler les bonnes règles. Voilà ce qu'on a le droit de faire, ce qu'on n'a pas le droit de faire, de faire attention avec les gens qu'on fréquente dehors et vice versa.
- *D'accord, il vous rappelle un peu la loi.*
- Normalement ça devrait être... après je sais pas. Je connais pas ce système là mais je pense que ces gens là qui sont comme un peu les juges doivent dire « attention là, on te donne un avertissement et le prochain tant pis tu vas manger les barreaux » pour nous mettre un peu de pression, nous faire peur pour que justement pour pas qu'on recommence à faire une connerie.
- *D'accord.*
- Que ce soit pour ce que j'ai été accusé ou comme on dit pour un simple vol de voiture, un cambriolage. En plus il est pas tout jeune ce médecin que je vais voir, entre guillemets, c'est vrai qu'il est âgé. Même quand je sonne à sa porte, je vois quand il marche, il traîne un peu les pieds.
- *Ah oui...*
- Alors je me dis je le laisse parler, il raconte sa vie. Merci, au revoir. Au moins j'ai les papiers, j'ai les droits, voilà.
- *Et quel est le rôle de votre psychiatre traitant ?*
- Là je pense pour nous aider, pour justement aussi pour nous remettre sur le bon chemin et de nous dire de faire attention avec qui on parle, qui on fréquente pour justement ne pas replonger dans ça.
- *Et donc éviter la récurrence. Quelle différence vous faites entre ces deux médecins ?*
- Ils sont à peu près pareils.
- *Ils ont donc le même rôle d'après vous ?*
- Comme ils sont tous les deux des psychiatres, à part qu'il y en a un qui est simple psychiatre et le second qui est expert psychiatre, qui a du faire des études super longues. Bon même le mot expert, pour moi c'est la même famille, ils sont tous les deux frères, sœurs, cousins. Ils ont le même rôle.
- *Le même rôle. Vous avez la même relation avec ces deux psychiatres ?*
- A part qu'il y a un mot qui change, dire expert psychiatre. Bon vous enlevez expert, il reste psychiatre, d'un côté comme de l'autre c'est bien pareil.
- *Très bien. Et le rôle du CPIP ?*
- Alors là, lui je pense il travaille aussi avec les juges. Elle, si vous voulez, c'est... On va dire c'est un juge adjoint. Pareil pour nous rappeler la loi, les obligations qu'on a à faire. Même si des fois je me dis j'en ai marre, je veux pas les voir, Pierre, Paul,

Jacques, comme le Dr P, le Dr MC. Elle est là pour nous dire, vous êtes obligé parce que vous avez un suivi, on vous l'exige donc vous le faites. Et voilà.

- *Vous avez dit que le SPIP était « aussi » en rapport avec le juge, tous les trois vous pensez qu'ils sont en rapport avec le juge ?*
- Ben moi je pense. Déjà Dr MC, le psychiatre, le suivi socio judiciaire, comme c'est le juge qui m'a dit vous allez voir Mr Untel à telle adresse donc comme ça sort de la bouche et du bureau du juge donc logiquement il est en relation avec le juge. Je pense aussi que le Dr P qui est simple psychiatre, je sais qu'elle fait son rapport pour elle et je sais très bien même si on me dit que c'est pas vrai, je sais très bien que les trois, ils font un rapport au juge disant « ouai Mr Untel ou Mme Untel est venu, ça se passe comme ça, comme ça et voilà. » Comme ça le juge il voit tout et il sait que tout c'est bien passé et que tout est fait en temps et en heure.
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- Des fois j'y vais parce qu'on me dit d'y aller mais si je pouvais même éviter, j'évitais. Comme je suis obligé d'y aller je le fais, je sais que ça dure que 7 ans, il me reste à peu près 4 ans. Je me dis bon, ça va vite passer. Après terminé, j'ai plus rien à voir à faire avec la justice.
- *C'est plutôt une contrainte pour vous ?*
- Plutôt ça. Des fois même quand on m'appelle pour le travail, je dis non je peux pas parce que j'ai rdv à tel et tel endroit. D'un coté j'y perds un peu pour le travail.
- *Mmm. Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- Une simple relation, comme avec un médecin. C'est bonjour, merci, au revoir. C'est le principal. J'arrive un peu à me confier.
- *Vous avez confiance ?*
- Ouai, ouai.
- *Et avec le médecin coordonnateur ?*
- C'est pareil. Pour moi c'est une personne comme n'importe qui que je croise dans la rue. Bonjour, voilà et c'est tout. Et comme j'ai dit tout à l'heure, j'ai l'impression que c'est moi le médecin, que le Dr MC est le patient car je suis là assis, je l'écoute et je dis oui, oui, oui, il me raconte un peu entre guillemets sa vie. Une fois il me dit « oui, j'ai eu des malaises, j'ai fait ci, j'ai fait ça. » « Ah bon, bon. » J'ai plus qu'à prendre un carnet et un stylo et faire « allongez vous sur le divan, je vais marquer ce que vous me dites et voilà. »
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Pas grand chose.
- *Pas grand chose, d'accord.*
- [rire] Des fois je trouve comme ça se passe là, j'ai l'impression que ça ne sert strictement à rien.
- *Ah oui ?*
- Je vous dis avec celui que je vois tous les six mois, j'ai l'impression d'être le médecin, je me demande si on se fout pas de moi. Comme c'est un ordre du juge euh je préfère, même si pour moi ça me sert à rien, si je trouve ça un peu stupide entre guillemets. Tant que c'est le juge qui m'a dit « voilà vous allez voir untel pour telle chose » et ben au moins j'y vais et je sais que derrière je risque rien. Je risque par un rappel à l'ordre ou quoique ce soit ou de revenir admettons devant le juge « pourquoi vous n'y avez pas été ? » « pourquoi ci ? » pour éviter tous les problèmes.
- *Vous pensez que ce dispositif peut aider pour prévenir la récurrence ?*

- Si ça peut aider oui. Déjà bon ben moi je les vois, mais comme il me dit le Dr P ou le Dr MC « ouai si vous voyez des enfants dehors qu'est ce que vous faites ? ». Moi je leur dis « j'en ai rien à foutre » en étant poli, moi je continue mon chemin. Je vais pas m'arrêter, les attirer comme y'en a qui font et comme j'ai connu sur Muret. Voilà, moi je continue mon chemin, moi j'ai ma vie à faire, j'ai mon gosse à m'occuper. Ma priorité, c'est mon gamin. Les autres je m'en fous complètement.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Un petit peu ouai.
- *Ouai... en quoi ça a changé ?*
- Déjà vis à vis de la ville, voir comment ça se passe. Admettons que je me promène dans la rue, dans Toulouse, si y'a un parc, admettons y'a des gosses, je sais que je vais pas y aller. Je regarde et je continue mon chemin et ça s'arrête là.
- *C'est la peur ?*
- C'est pas vraiment la peur. On m'avait dit t'as pas le droit d'être en présence des enfants et vice versa. Une fois à Toulouse, y'a un parc qui s'appelle le japonais. Bon en face y'a le commissariat de police : y'a les flics, eux je m'en fous. Ca m'a pas empêché de traverser le parc et bon même là, je voyais les gamins jouer au ballon, s'amuser. Je regardais, je m'arrêtais, je regardais, je continuais mon chemin.
- *D'accord.*
- Pas faire comme y'en a, s'arrêter, regarder, attirer un gamin « tiens tu veux un bonbon ou ceci cela ». On sait que ça arrive. Moi j'ai connu un gars quand j'étais un permission. C'étant quand ? 2011-2012. Je l'ai vu à Toulouse, il était en permission, il avait son appartement. Il est sorti de prison, moi je l'avais aidé pendant sa permission à faire son déménagement. Quelques temps après « tiens il est pas là François ? » « Oh putain ne parle pas de ça. On parle que de ça. » Il était dehors. A peine trois mois après, il a recommencé sa connerie. Il est retourné voir les jeunes. La victime s'est jetée par la fenêtre, elle est dans un fauteuil roulant. Et l'autre il l'avait laissé entre la vie et la mort. Le mec 40 ou 50 ans, il était à la retraite d'EDF, il avait tout pour réussir. Après il ressort, il recommence. Y'en a un autre de Muret que je connaissais, il avait un papier pour travailler à Carrefour dans le rayon boucherie. Il voit que le magasin il est fermé. Au lieu d'attendre, non, il repère des jeunes, il y va et il a refait sa connerie. Y'en a qui veulent pas comprendre, c'est leur problème.
- *Pour ces gens là vous pensez que le dispositif d'IS peut les aider ?*
- Apparemment non car vu que y'en a qui ont passé douze, quinze ans derrière les barreaux et dès qu'ils sont dehors, alors qu'ils ont du travail, et qu'ils recommencent. A cause de gens comme ça, le premier qui va faire une bêtise, il va prendre cher, il va payer très cher son incarcération. Celui qui récidive, il va payer deux fois plus cher.
- *Vous disiez qu'il y a des choses qui ont changé pour vous ?*
- Un peu.
- *Vous pouvez m'en dire un peu plus ?*
- Les gens dehors, je me méfie un peu de tout le monde car quand on fait un séjour en prison, quand on revient dehors, on apprend à se méfier de tout et tout le monde. Une fois avec des copains on s'est dit on va faire un petit tour en boîte. Voir les jeunes, les filles, comment elles sont habillées, maquillées, on leur donne 20, 25, 30 ans. Finalement non, non j'ai que 15 ans, 16 ans, 17 ans. « Vas-y dégage, va jouer à la poupée, laisse nous draguer. » C'est comme ça qu'on peut se faire avoir. Après la

personne elle peut dire, « ouai il m'a violé, il m'a fait ci ou ça. » Et nous on peut dire « non, mais vu comme elle était habillée, nous on lui avait donné un certain âge ». Comme on le sait tous, la justice elle va donner plus raison à la victime. C'est pour ça que je fais attention avec qui je parle, ce que je fais.

- *Que vous apporte ce suivi ?*
- Le respect.
- *Quels éléments positifs voyez vous à ce dispositif d'IS ?*
- Le positif c'est que ça nous oblige toujours à faire attention avec qui on traîne. Et même quand je vois des gamins qui sont seuls et faire comme certains y aller. Moi je me mets une barrière, les gamins je les vois pas. Au moins on peut pas m'accuser de ça, ça, ça... Moi je suis tranquille.
- *Et des choses négatifs dans l'IS ?*
- J'en vois pas non. Je me suis habitué. Au début c'était dur et même un peu pénible mais après, c'est comme tout, c'est une habitude, on y va car faut y aller. Comme ça au moins y'a pas de problème.
- *Qu'est ce qui était pénible au début ?*
- C'était de voir un psychiatre et puis un autre et puis la SPIP. Aller à droite et à gauche. Fallait dire que quand je travaillais à l'école vétérinaire, tel jour et tel jour je peux pas car j'ai des rdv à tel et tel endroit. A cause de ça, je loupe des journées de travail mais après... c'est une habitude, j'y fais même plus attention. Je sais que j'ai rdv, j'y vais et ainsi de suite.
- *Quels points seraient à améliorer, à changer ?*
- Pour moi, ça me va.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Non c'est bon.
- *Merci beaucoup d'avoir pris le temps de participer à cet entretien.*

#### **Entretien N°9 :**

- *Alors ma thèse c'est sur l'inJONction de soin.*
- Ah je pensais plus que c'était sur l'inJECTion. D'accord. Moi ça a été ordonné au tribunal quand je suis passé aux assises.
- *Mais l'injection fait partie de l'inJONction...*
- Oui et non.
- *Justement vous allez me donner votre avis. Qu'est ce que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Injonction de soins c'est une obligation de soins.
- *Oui.*
- Voilà.
- *Une obligation de soins...*
- Oui.
- *Est ce que vous pouvez développer, comment vous comprenez que ça fonctionne le dispositif ?*
- Comment ça fonctionne ? Et ben y'a un suivi, disons que je vois un psychiatre, un psychologue. Le psychiatre lui doit rendre des rapports au docteur coordinateur qui lui, doit rendre compte au juge d'instruction au juge d'application des peines, pardon. C'est pas le même.

- Ok
- Voilà.
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Le médecin coordonnateur, je le vois une fois tous les trimestres lui. C'est juste de faire la liaison entre le psychiatre et le juge.
- *D'accord.*
- Il ne fait pas de rapport. Je lui ai demandé s'il faisait des rapports annuels, il m'a dit qu'il n'en faisait pas.
- *Ah bon ?*
- Non. C'est ce qu'il m'a dit. Enfin il doit faire des rapports je pense mais non, c'est non... Je sais pas si t'as une obligation de faire des rapports. J'en sais rien.
- *Bon d'accord. En tout cas il rend des comptes au juge.*
- Il rend des comptes au juge que euh... ouai... il rend des comptes au juge. Alors que le psychiatre, Mr P lui ne fait pas du tout de rapport en principe puisqu'il est neutre, qu'il n'a rien à voir avec l'institution judiciaire. Il est là juste pour les soins.
- *Oui...*
- Voilà.
- *Et quel est le rôle du psychiatre ?*
- Le psychiatre ? Ben c'est... son rôle c'est je sais pas, je pense que c'est de voir l'évolution, me traiter, me donner des traitements qu'il estime que j'ai besoin puisque c'est un psychiatre quand même c'est pas un psychologue. Et puis bon il doit aussi se mettre en relation avec le coordonnateur.
- *Et le rôle de votre CPIP ?*
- Alors le SPIP. Alors lui le SPIP lui c'est plus l'institution judiciaire, voir si j'ai bien fait tous mes suivis puisqu'il me demande quand même des fiches à chaque fois que je viens ici pour voir si je fais bien toutes les démarches qui me sont imposées.
- *Vous faites donc bien la distinction entre le rôle du médecin coordonnateur et celui de votre psychiatre traitant ?*
- Tout a fait. Ce n'est pas du tout la même démarche. Il est dans l'anonymat, il n'a pas de comptes à rendre à la justice donc c'est pour ça qu'il est coordonnateur.
- *Quelle relation avez vous justement avec le médecin coordonnateur ?*
- Je le vois une fois tous les trimestres, je le vois un quart d'heure. Tous les trimestres... au début c'est vrai que j'ai eu un entretien qui a duré une heure. J'ai trouvé ça déjà pas trop mal et maintenant je le vois qu'un quart d'heure pour qu'il puisse faire ses rapports au juge. C'est lui qui voit, c'est un professionnel, un expert on va dire.
- *Et votre relation avec le psychiatre, qu'est ce que vous en diriez ?*
- Avec le psychiatre ? Pffff. Ben je le vois peu car je le vois tous les deux mois. Bon on parle plus des soins d'ailleurs qu'autre chose.
- *Des soins c'est à dire ?*
- Ben ce que je ressens par rapport à l'injection.
- *D'accord.*
- Comment va ma libido, si j'ai des pulsions, si j'ai des érections, comment que je vais par rapport à tout ça. C'est pas du tout la même démarche qu'avec le psychologue.
- *Et avec le psychologue ?*
- Avec le psychiatre, c'est vraiment un minimum. Je pense pas pouvoir évoluer avec lui. C'est pour ça que j'ai bien fait de prendre un psychologue.

- *Et avec le psychologue ?*
- C'est totalement différent. On peut parler de choses beaucoup plus intimes, on peut parler en profondeur. On peut parler de tout, de tout et de rien en même temps, quelques part. C'est vrai que quand j'ai des choses qui me pèsent sur la conscience, on peut en parler.
- *D'accord*
- C'est important.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Qu'est ce que j'en attends ? C'est surtout une écoute. C'est ça le plus important quand même, c'est de pouvoir parler sans se sentir jugé. C'est ce qu'il y a de plus important et puis ça va me permettre d'avancer, d'évoluer, voilà.
- *Et le fait que ce soit finalement une obligation, que ce soit le juge qui ait décidé ça, comment vous le vivez ?*
- Très bien, très bien puisqu'il me l'a pas ordonnée cette injonction de soin. Je l'aurais fait moi-même, je l'aurais demandé, tout simplement. Pour moi c'est pas ... y'a rien de forcé dans tout ça. C'est pas une contrainte du tout.
- *Et par rapport au traitement médicamenteux ? A l'inJECTION ? Comment vous vous positionnez car d'un côté y'a une obligation.*
- Non, non y'a pas d'obligation.
- *Justement d'un côté y'a cette obligation de soin, de l'autre effectivement y'a une liberté du patient du choix de son psychiatre, de son traitement. Comment vous vous positionnez par rapport à ça ?*
- Ben l'injection, on me l'a conseillée. Le Dr A (*psychiatre en détention*) me l'avait conseillé, fortement conseillée. [inaudible]... peut être que j'aurais pas le bracelet si je la prends. Moi personnellement, j'en ai pas du tout besoin. Bon ça leur fait une sécurité pour le juge, pour le psy et pour les médecins. Bon je vais la prendre quand même si ça peut les réconforter et voilà. Et bon c'est vrai que c'est plus une contrainte qu'autre choses quand même.
- *Ca c'est une contrainte ?*
- Oui ça c'est une contrainte. Moi c'est comme ça que je la ressens. A chaque fois je vois l'infirmière tous les 84 jours, elle essaye toujours de discuter un petit peu pour essayer d'enlever ce... pour enlever ce... comment je pourrais dire ça, ce regard de contrainte un peu. Bon elle sait très bien pourquoi je viens, pourquoi elle me fait la pique. Voilà y'a pas photo mais bon... mais pfff pour moi, c'est une contrainte parce que je vais pas recommencer, ça me sert à rien. [inaudible]
- *Vous la vivez comme une contrainte cette pique contrairement aux autres types de soins ?*
- Oui je la vis plus comme une contrainte.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Alors des choses ont changé. Oui plein de choses ont changé depuis que j'ai cette injection là. Euh oui, oui, j'ai déjà perdu des poils alors surtout, surtout, le pire c'est les bouffées de chaleur. C'est plus qu'indésirables, au début j'en avais on va dire une quinzaine par jour, au début de ce traitement.
- *Ca s'estompe avec le temps ?*
- Si, si, j'en ai beaucoup moins mais par contre elles sont beaucoup plus fortes. C'est vrai que quand j'en ai... peut être qu'elles durent moins longtemps mais vraiment

quand j'en ai je suis en sueurs... mais j'en ai moins. J'ai ma morphologie qui a changé, j'ai poussé de poitrine. J'ai d'ailleurs un sein qui est plus gros que l'autre. Merci l'injonction, formidable. Autrement mon rapport avec les autres, non, je pense pas que beaucoup de choses ont changé. Si peut être le regard des autres a changé peut être.

- *Qu'est ce qui a changé ?*
- Ben comme j'ai pas de libido, j'ai pas d'envie, j'ai pas de désir à cause de cette injection, forcément je ne vais pas chercher une compagne donc c'est vrai que le rapport par rapport aux autres... les collègues ils m'ont jamais vu avec une petite amie. Donc c'est vrai qu'ils peuvent se demander si je suis homo ou pas, c'est vrai que de ce côté là, c'est pas facile non plus.
- *Et la prise en charge en psychothérapie, est ce que ça a changé des choses pour vous ?*
- Non depuis 14 ans j'en ai, j'en vois des psy.
- *A quoi ca sert alors 14 ans de suivi ?*
- Je vous dis de pouvoir parler, de pouvoir parler de pouvoir m'extérioriser. Avant j'étais plus renfermé sur moi même. Je suis toujours intraverti, je vais pas devenir extraverti parce que je vais voir un psy. Y'a pas photo. Vous savez quand vous faites quatorze ans de prison, c'est pas facile. Y'a la peur de la sortie, y'a la peur des autres, y'a beaucoup de choses qui s'instaurent. Et c'est vrai qu'avoir en prison une prise en charge, je sais que je peux avoir une aide, une écoute.
- *Et la peur de retourner en prison ?*
- On a toujours cette épée de Damoclès. Si je vais pas à ce suivi qui m'a été ordonné forcément qu'on va me réincarcérer. Y'a pas photo. Mais je vous dis, j'y vais pas comme une contrainte. Voilà. Je vais avec plaisir, je vais pas en marche arrière.
- *Que vous apporte ce suivi ?*
- Que m'apporte ce suivi. Je dirais pas une sécurité parce que ... mais ça m'apporte une aide. Oui ça c'est sur.
- *Vous pensez que ça peut être utile pour la prévention de la récidive ?*
- Oui tout a fait.
- *Et comment alors ?*
- Comment ? Ben si par exemple j'ai encore des envies ou des pulsions, je peux en parler, j'ai une écoute. Je sais à qui je peux en parler mais si j'ai des envies, de la libido ou des envies de petite fille... oui, oui ... je peux en parler, je peux travailler dessus.
- *Dans tout ce dispositif, quels seraient les éléments positifs ?*
- Des éléments positifs ben pffff ... je dirai que rien n'est négatif. Voilà tout est positif. Puisque si je viens ici c'est pas une contrainte, j'ai de la chance d'avoir une très bonne SPIP. C'est vrai que de ce côté là, je pensais que de ce côté là ce soit plus une contrainte qu'autre chose mais non. On a appris à se connaître en trois ans, elle fait beaucoup de choses en ma faveur, quand même.
- *Donc que du positif?*
- Oui.
- *Quels points seraient à améliorer dans ce dispositif, des choses qui pourraient être faites autrement ?*
- Oui. Mettre moins de contraintes alors qu'on m'a mis le bracelet électronique en prime. Je trouve ça complètement débile, c'est vraiment une peine après la peine et comme si ça suffisait pas, on m'a mis un track alors j'étais suivi 24h/24 pendant plus

de deux ans. Juste depuis qu'on me l'a enlevé, là je me sens libre. Je me sens mieux, libre dans ma tête, enfin.

- *D'autres choses ?*
- Oui des permissions de sorties. J'y ai jamais eu droit. Enfin on va pas revenir en arrière. Des permissions, avoir une conditionnelle, chose qu'on m'a pas proposé non plus. Alors tout ça on sait pertinemment que ça évite aussi la récidive. Malheureusement, on fera sans, y'a pas le choix, on reviendra pas en arrière. Y'a plein de choses qu'on peut faire. Et surtout qu'ils arrêtent de faire des amalgames. Comment on appelle ça, qu'ils puissent faire du cas par cas et pas des généralités. J'en ai marre des généralités, par rapport aux actes, par rapport aux pédophiles. Toutes les motivations sont différentes, tous les actes sont différents. Voilà. C'est vrai que certains faits sont tellement atroces que voilà, on peut pas changer les mentalités comme ça. Y'a encore trop de peurs, trop de méconnaissances là dessus. On en souffre. Je vais à une conférence d'ailleurs le mois prochain pour parler de la sortie de prison.
- *C'est souvent un moment charnière et difficile la sortie de prison.*
- On dit que la sortie c'est un moment aussi dur que l'entrée en prison et c'est vrai. J'ai pas eu droit à tout, je m'estime pas être lésé... Je voulais pas aller en foyer, j'ai eu droit à un petit appart à ma sortie, c'était hyper important car 14 ans de vie collective, j'ai donné.
- *Vous vous êtes senti accompagné à la sortie ?*
- Tout a fait. Le seul inconvénient, le seul hic dans tout ça c'est pour trouver du travail. Quand vous avez un bracelet plus un machin qui se met à sonner parce que vous êtes dans un endroit que ça capte pas... ben c'est impossible. Donc c'est eux qui m'en ont trouvé un de boulot.
- *D'accord.*
- C'est eux qui me l'ont trouvé, j'ai pas pu choisir hein... je vais pas faire le difficile. Donc j'ai des problèmes déjà de colonne vertébrale, de dos et malgré tout, je l'ai fait quand même.
- *Et le dispositif d'injonction de soin, est ce une contrainte pour le travail ?*
- Ca va, c'est encore assez... pas laxiste... ils sont assez ouverts, assez compréhensifs. C'est vrai que j'ai fait un métier à la noix pendant deux ans, déménageur et l'inconvénient c'est que j'ai pas d'heure fixe. Je sais à quelle heure je commence le matin, je sais jamais à quelle heure je vais finir le soir. Aller caler des rdv pour tout ce qui est ... pour tout ce que je dois faire, ben c'est une galère. Franchement, c'est une galère. Donc c'est vrai y'a des fois je le dis à ma chef, elle était compréhensive, elle savait aussi que j'avais un bracelet donc y'a des fois... je prenais des petits chantiers les jours où j'avais mes rdv pour pas finir trop tard. Mais c'était pas toujours le cas, y'avait des fois où il fallait finir à fond la caisse. Ca m'arrivait aussi de téléphoner pour dire « ben voilà je suis au travail, je peux pas, est ce que vous pouvez me décaler un rdv ». Ca pas été facile.
- *Et le rôle du médecin coordonnateur ? Comment vous le voyez ce médecin, qu'est ce qu'il vous apporte ?*
- Pas grand chose, faut dire ce qu'il en est. Je le vois très peu, une fois tous les trimestres. C'est lui qui fait la liaison entre les deux mais ce qu'il m'apporte ? Concrètement pas grand chose finalement. Si je veux, même si je veux avoir un contact avec le juge, je préfère passer par le SPIP que par le coordinateur.
- *Oui*

- Lui c'est plutôt la relation entre psychiatres. Il est plus là pour les soins. Voilà.
- *D'accord*
- Voilà mon avis. Dr P il va lui faire un rapport ce soir ou demain comme quoi je veux arrêter et lui il va le transmettre au juge, c'est son boulot. Je vois rien de néfaste là dedans, c'est son taf, c'est son taf.
- *Dr P lui, il n'est pas du tout en lien avec le juge ?*
- Pas du tout.
- *Pas du tout, il y a le secret professionnel.*
- En principe.
- *En principe ?*
- [rire]
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Mmm. Qu'est ce que vous voulez que je vous dise ? L'injection c'est ... [blanc] Moi je trouve que tout ce qu'ils nous mettent en plus de la peine, l'injection c'est pas ce qu'il y a de pire. Le pire c'était le bracelet. C'est ce qu'il y a eu de pire. C'est vrai qu'aux autres ils mettaient souvent un an, aux autres peines. Et pour les peines, pour mes délits, pour le délit que j'ai commis, c'est deux ans et y'en a pas beaucoup qui tiennent deux ans. Parce que c'est raide et en plus leur système marche pas. Si encore ça fonctionnait, pourquoi pas, mais ça marche pas. Etre réveillé en pleine nuit « allo ? on a eu une alerte, vous êtes sorti ? » « Qu'est ce que vous faites ? vous me réveillez, je travaille demain, je fais quoi moi ? » Ca m'est même arrivé une fois de les insulter parce que c'était trop. C'est assez pénible. Une peine après l'autre peine. Je trouve ça bête.
- *Et l'injection, vous la ressentez comme une peine aussi ?*
- Non c'est pas une peine, c'est une contrainte. Parce que c'est vrai, j'ai pas de libido, j'ai rien. J'ai rencontré une femme mais c'est différent. Alors on me dit « oui vous pouvez avoir des relations sexuelles avec l'injection ». J'ai essayé d'en avoir, c'est vrai que je peux en avoir mais vous savez cinq minutes d'érection c'est euh... déjà j'arrive pas à chaque fois, j'ai même pas forcément de plaisir et pour la femme c'est encore moins évident.
- *D'accord.*
- Alors, allez vous réinsérer, avoir une vie sexuelle, non c'est pas... c'est pas vraiment possible.
- *Ca vous en discutez avec votre psychiatre ?*
- Bien sur j'en discute avec le Dr P parce que lui il est plutôt dans ce côté là. Mais chaque fois que je lui ai parlé pour arrêter l'injection ben, je l'ai toujours senti un peu, un peu buté de ce côté-là parce que tout de suite, il est contre. Avant que je puisse parler, m'exprimer, tout de suite il est contre. C'est ça.
- *Et avec le médecin coordonnateur, vous pouvez en parler ?*
- Oui j'en ai parlé plus librement d'ailleurs avec lui. Oui parce que lui il n'a pas à la prendre la décision. « C'est pas moi qui la prend, c'est le psychiatre qui vous suit ». Pour arrêter, c'est pas moi qui prend la décision d'arrêter qu'il m'a dit le coordonnateur, c'est le psychiatre. Voilà donc je trouvais que des fois il voulait pas prendre ses responsabilités le psychiatre, c'est ce que j'ai senti.
- *Je vous remercie vraiment Monsieur d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*

## Entretien N°10

- *Que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- [blanc] Alors franchement, honnêtement, je le fais moi de bon cœur parce que ça me fait du bien mais je me dis c'est pffff... c'est du flan, c'est du flan, c'est du flan. C'est comme cette histoire là et je l'ai su le jour ou je suis allé là bas : tous les ans je dois aller à l'hôtel de police pour amener ma quittance de loyer, bon. Et le premier jour ou je vais là-bas, je rencontre la capitaine D quelqu'un de super sympa, qui s'occupe de ces dossiers là. Puis on discute, impeccable, tout va bien. Et puis c'est là où j'apprends que je vais devoir venir signer la pendant trente ans.
- *Trente ans !?*
- Trente ans. Alors je lui ai dit « attendez, attendez, mes enfants auront le droit de venir pointer pour moi le jour ou je serai enterré ? » Elle a rigolé. Elle a rigolé quoi, mais c'est une fois par an, je veux dire le type qui est vraiment, qui est vraiment atteint grave, qui va agresser des gamines ou quoi, ça sert à rien tout ça. Il vient là, il discute, il bavarde ok, il passe là une demi heure, une heure, après il va pointer une fois par an là bas mais après qu'est ce qu'il fait dans la journée ? Il est libre, il est lâché dans la nature. Ca c'est un truc... on en voit à la télé, on en voit plein qui récidivent. Je sais pas si c'est vraiment efficace. Je sais pas.
- *Vous pensez que...*
- Pas pour tous. Y'a des personnes pour qui ça fait du bien. Très bien, tant mieux, au contraire. C'est très bien ça mais dans l'ensemble, j'ai un doute. Je sais pas, j'ai un doute. Je sais pas si... parce que le juge, quelque part, il se décharge un peu, il tient le parasol. C'est pas le parapluie, c'est le parasol. Il se protège. C'est ça quelque part derrière, c'est malsain. C'est pas bon. En discutant avec le détenu, en discutant « franchement, est ce que vous n'estimez pas que vous auriez besoin de soins patati patata... ». Non voilà c'est : « je vous donne ça tatata » et comme ça on est tranquille, on est débarrassé. Après, démerdez vous les psychiatres : Psychiatres et SPIP parce que les SPIP qui suivent derrière aussi. Donc, je sais pas si... est ce que c'est de la poudre aux yeux pour le public ? Je sais pas, franchement je sais pas. Y'en a qui devraient pas sortir du tout franchement.
- *Ah oui ?*
- Je vous le garantis, y'en a qui devraient pas sortir du tout et que j'ai revu dehors.
- *Mmmm*
- C'est pfff. Bon ma foi ! C'est comme ça quoi. Encore dernièrement, y'en a un ça faisait deux mois qu'il était dehors, il sortait de détention. Il sortait du centre de détention et un mois après, pouf rebelote, il a remis ça. Donc pour en faire quoi ? Ah non faire comme aux Etats-unis, filer 150 ans de prison ? Au moins ils sont tranquilles. Ici on a pas le droit de dépasser 30 ans et encore selon les affaires. Non quelque part...
- *Vous pensez que c'est pas un bon outil pour prévenir la récidive ?*
- Non, pas du tout. Je pense pas. Le type qui est vraiment atteint, il est vraiment atteint.
- *Vous pensez qu'on peut faire quelque chose ?*
- Non je crois pas. Je crois pas parce que bon y'a ce côté, la peur de la prison donc on évite tout ce qui est contact. Mais mon premier truc en sortant, surtout aucun contact avec des gamines et puis au fil du temps entre chez les voisins, les gens que je rencontre à droite à gauche qui ont des enfants, j'ai plus le même regard. J'ai plus

ce... bon j'étais pas non plus un prédateur... mes actes étaient disons spontanés. Je veux dire c'était l'opportunité : je me retrouvais seul avec une gamine et puis de fil en aiguille. Mais pas toutes, certaines ! Y'avait peut être un feeling, un regard ou parce que la gamine est plus avenante qu'une autre, y'a pas du tout ce côté prédateur. Alors que y'en a, c'est certain qu'ils le sont. Qu'est ce que vous voulez ! Et ces types là, je pense pas qu'ils soient récupérables parce que même personnellement, ayant maintenant ces comportements disons « carrés », il m'arrive quand même de repenser à mes actes passés. C'est un peu mitigé, je dirais pas qu'on a des regrets de ce qui s'est passé mais on prend quand même conscience que quelque part on aura peut être fait du mal. Certaines au fil du temps... parce que c'est bizarre, moi ça a commencé je devais avoir quoi, dans les 11-12 ans, avec ma sœur. Bon c'était des attouchements, on s'amusait, on rigolait, bon à l'époque c'était comme ça. Je dirai pas que tout le monde est passé par là mais on jouait a touche-pipi. Voilà bon. Et puis jusqu'à mes 17 ans environ, alors c'était ma sœur, c'était des copines à elle. Bon voilà. Ca n'a jamais été bien loin. Et puis 17 ans, je suis rentré en France pour faire l'armée et terminé ! Ca c'est terminé jusqu'à 35-40 ans. 35-40 ans où d'un coup c'est revenu. C'est revenu parce que je suis tombé sur une gamine, je sais pas, y'a eu quelque chose qui a accroché. Et à partir de là, ça a continué pendant longtemps. D'où ça vient ? Ca c'est un truc qui me... je sais pas car moi en deçà de mes 5 ans, j'ai aucun souvenir d'enfance. Et j'aimerais savoir d'où ça me vient ce truc. Est ce que moi on m'aurait fait subir quelque chose, je sais pas j'en ai aucun souvenir. Mais ça me travaille un peu. Mais bon ! On peut rien y faire, c'est comme ça.

- *Comment vous décririez la mesure d'IS, comment ça s'organise ?*
- Ben je crois qu'à la base c'est le procureur. A la base c'est le procureur qui prend la décision, qui transmet au juge d'application des peines. C'est la chaîne de commandement disons le. Encore une fois c'est ... au départ quand, ma première injonction, j'avais refusé devant le JAP qui était quelqu'un d'assez dur, qui prenait très mal. Je lui ai fais « non je suis désolé, on m'a condamné à tant. On m'a pas condamné à tant plus les injonctions. A la base, en cour d'assise on m'a condamné à tant de prison. J'ai terminé cette prison qu'est ce que vous allez me mettre aujourd'hui ? » Pour moi c'est une peine, une peine !
- *Pour vous actuellement c'est une peine supplémentaire ?*
- Non, avant ma première sortie du centre de détention. J'ai fait non, vous voulez m'infliger une seconde peine. Y'a un suivi, il faut aller pointer là-bas, il faut aller voir la SPIP, le psy. Non, non. « Ah ben c'est comme ça ou sinon je vous fais sauter toute vos grâces ». Toutes les grâces que j'ai eu pendant ma détention. J'ai dit ok, d'accord. Je vais rester ici, je vais terminer le temps qu'il me reste, donc 46 mois, c'était de grâces que j'ai eu. Je vais faire ces 46 mois mais après quand je sors vous n'allez pas me remettre quelque choses ? Ou alors mettez moi perpet' comme ça on en parle plus. Je reste ici et on est tranquille. Au départ c'était ça. Il l'a mal pris, il s'est fâché et tout. J'en avais rien à foutre. Et puis en discutant avec des surveillants avec qui j'étais très copain, très ami. En discutant avec eux, ils m'ont dit : « fais pas le con, sors, sors ». Donc finalement à la réunion suivante j'ai dit ok je fais tout ce que vous voulez, mettez ce que vous voulez, je m'en fous. Voilà quoi.
- *Et là cette injonction actuelle ?*
- Je vous dis j'en serais peut être arrivé à venir ici de moi-même. On prend rdv avec son psychiatre comme avec son médecin traitant ou son dentiste. Y'a pas de contrainte.

- *Pour vous, vous le ressentez pas comme une contrainte ?*
- Non. Ce qu'il faut surtout, c'est avoir un calendrier et bien noté son rdv. Surtout dernièrement je viens de subir tout une batterie d'examens médicaux : cardiologue, IRM, scanner, neurologue et c'est pas fini j'ai encore un truc à faire. J'ai pas pu faire un test d'effort donc je crois le mois prochain, je vais passer une échographie avec un produit, dobutamine, pour accélérer le cœur. Ca je crains un peu. On va en discuter avant de la faire comme j'ai subi un AVC. Voilà quoi !
- *C'est donc des rdv médicaux comme les autres.*
- Ni plus, ni moins. Et puis ça me fait du bien franchement ça me fait du bien. Pas que le médecin m'apporte une solution miracle, y'en a pas. Mais le fait d'être écouté, quelques suggestions. Est ce que ceci, est ce que cela ? Oui. Non, je le vois pas comme une contrainte.
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Euh... Quelque part c'est lui qui vérifie mon évolution, ma maladie. Appelons ça comme il faut. Et qui fait disons, le relai entre mon psychiatre et la justice. C'est à dire, lui il rend compte au procureur ou au JAP, je sais pas. Mais il est en contact avec un peu tout le monde, avec ma conseillère SPIP aussi. Voilà. Dernièrement il a du mettre un peu le holà auprès de ma conseillère SPIP parce que je lui en ai parlé. On parle de tout avec lui. Il m'a dit ne vous inquiétez pas, je vais lui en toucher deux mots. Parce que j'avais cette sensation depuis pas mal de temps que ma conseillère SPIP je dirais pas qu'elle se prenait pour une psychiatre mais elle posait beaucoup de questions sur mes séances avec le Dr P j'osais pas lui dire mais attendez, y'a l'intimité entre mon docteur et moi, c'est confidentiel. Et puis elle me prenait souvent, pas de haut parce qu'elle est agréable, souriante, on arrive à plaisanter mais elle a ce côté un peu négative. Elle me voit pas progresser, elle me voit pas évoluer en bien. Elle en rajoute toujours une couche « oui mais... ». Et ça au Dr MC, au docteur coordonnateur, je lui en ai parlé et il a dû lui en toucher deux mots car à la dernière entrevue, impeccable. Donc voilà.
- *Et le rôle de votre conseillère SPIP ?*
- Le SPIP ? Qu'est ce que c'est qu'un SPIP ? Elle, tout ce qu'elle veut c'est me rencontrer, généralement quelques jours après que j'ai vu le Dr P. Je lui apporte ma quittance de loyer, je lui apporte le ... [blanc] zut, la confirmation que je vois le Dr P et puis on parle de la pluie et du beau temps et puis c'est tout. Après, elle transmet ça au JAP je présume et puis ça s'arrête là. Moi ça me fait marrer, quand j'arrive là-bas et que je vois, quelques fois ça me saute aux yeux « Service Pénitentiaire de Probation et de Réinsertion ». Réinsertion pfff [rire] laissez moi rire. Ils ne font absolument rien pour nous aider. Si, elle me l'a fait à deux, trois reprises, on a droit, après bien des discussions, elle m'a donné comment dire des tickets restaurants. On a droit à des tickets restaurants. Pour m'aider parce que j'arrivais pas à joindre les deux bouts. Mais sorti de là, réinsertion ca me fait marrer.
- *Et quel est le rôle de votre psychiatre ?*
- [blanc] Ben être à l'écoute, ça fait du bien et puis éventuellement donner une alerte.
- *Donner une alerte ?*
- Ah oui je sais pas si euh... si le médecin psychiatre s'aperçoit que le bonhomme est pas tout à fait clair ou lui cache quelques choses. C'est à lui de contacter le SPIP en disant « attention, votre bonhomme, il est loin d'être guéri ». Vous voyez ce que je veux dire ?

- *Vous avez ça en tête que ce qui se dit dans le bureau avec votre psychiatre c'est confidentiel mais qu'il peut y avoir des choses...*
- C'est confidentiel mais ça je sais pas, moi. Moi, on dit « oui le secret professionnel machin », je suis pas d'accord quand y'a des dangers derrière, comme les prêtres, secret de la confession. Secret de la confession, mon cul ! Excusez moi l'expression. Quand on vient te raconter des trucs comme ça, à toi d'aller chez les flics de suite. Même un médecin psychiatre, c'est confidentiel, certes mais il peut quand même essayer d'en toucher un mot sans non plus donner plus de détails en disant « faites attention, il se pourrait que ce monsieur patati patata ». Après au SPIP de lancer des alertes auprès du JAP qui va reconvoquer la personne, la faire repasser devant des experts si il faut. Voyez ce que je veux dire et puis après y'a le médecin coordonnateur qui lui doit vérifier parce qu'ils communiquent entre eux hein.
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- C'est à dire ?
- *Qu'est ce que vous ressentez ?*
- Ah ben je... je ressens ça, quand même disons quelque part comme une injustice : c'est une double peine. C'est une double peine c'est à dire qu'on est condamné à tant, on fait ce temps en question et on vous recondamne à autre chose. C'est à dire que moi pendant 5 ans, jusqu'en 2019, je suis obligé de suivre ceci. Bon pas que ça me dérange, pas du tout mais c'est un peu injuste quelque part. Nécessaire, je sais pas. Comme je vous le dis, dans beaucoup de cas, j'y crois pas trop. Les types se plient sinon c'est retour à la case départ mais est ce que ça leur fait du bien ? J'en suis pas sûr.
- *C'est la peur de retourner en prison ?*
- Quelque part je pense. Quelque part je pense et puis y'a le fait aussi que certains n'arrivent à se réadapter à la vie extérieure donc ils n'ont pas trop cette crainte d'y retourner parce que là-bas, on est nourris, logés, blanchis, c'est quelque part aussi ça. Y'a pas tous les soucis, la facture EDF machin, truc. Alors qu'une fois dehors, il faut se remettre à tout ça quoi. Et oui.
- *D'accord*
- Gérer les finances, gérer ses revenus.
- *Ca a été difficile pour vous le retour à la vie réelle ?*
- Pas du tout, pas du tout. Ah poua poua ! C'est à dire que moi j'ai ce côté un peu animal ou je m'adapte partout. Je sais pas comment ou quoi. Je me retrouve dans un endroit inconnu, je m'y adapte de suite, de suite. J'en arrive même à me faire mon petit train-train, ma petite routine parce que je suis assez disons assez discipliné quelque part. Je dirai pas maniaque mais si j'ai décidé qu'un truc à la maison, il va être posé là, il sera posé là. Il sera pas là. Vous voyez ce que je veux dire. Bon c'est pas au millimètre près, je suis pas quand même maniaque, je suis pas Monk. J'en suis pas là encore. Mais, oui, de suite je me suis réadapté : pôle emploi, j'ai fait mes démarches et tout et personne ne m'a aidé hein. Personne ne m'a aidé. Quand on parlait du SPIP, non, non, c'est encore une grosse rigolade ça.
- *D'accord.*
- En 15 jours j'ai trouvé du boulot, tout seul, sans même passer par pôle emploi, pourtant j'étais inscrit. Je suis toujours inscrit d'ailleurs puisque dès que j'ai eu ma retraite, dès que j'ai vu l'état de mes finances, je me suis réinscrit de suite. Mais là y'a rien, y'a rien, rien, rien. Qui c'est qui va vous embaucher à 64 ans ? Faut arrêter un peu. Faut pas rêver, y'en a déjà pas pour les jeunes alors imaginez vous ! Ils

parlent à la télé, discrimination, soit discrimination sexuelle soit au niveau de l'âge. Oui ben j'en fait parti et malheureusement c'est pas pour ça qu'on va m'embaucher. J'ai plus qu'un an et demi à tenir.

- *Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- [blanc] Qu'est ce que vous voulez dire ?
- *Quelle relation avez vous avec le Dr P ?*
- C'est à dire au niveau médical ?
- *Au niveau médical et relationnel car ça vous a été imposé cette prise en charge.*
- C'est le hasard, c'est le hasard qui a fait les choses bien [rire]. Là où ça aurait pu être moins bien c'est si j'étais tombé sur quelqu'un d'un peu froid ou qui vous prend un peu de haut, du genre je suis là pour t'observer ou pour te juger.
- *Vous ne vous êtes pas senti jugé ?*
- Non pas du tout. Oh la sinon ça n'aurait pas marché, ça n'aurait pas collé. Elle a su me poser des questions et puis elle apporte des réponses. Des fois je lui pose des questions sur tel ou tel truc et puis on hésite pas, si l'occasion se présente de parler de tout et de rien. Ça fait du bien, franchement . Je dis pas que tous, que tous les médecins sont comme elles. Y'en a qui doivent faire ça parce que c'est un boulot comme un autre. Ça doit arriver surement mais j'ai... quelque part, j'ai un peu le regret d'avoir eu cette vision négative d'avoir eu cette vision négative des psychiatres, tout ça à cause d'un idiot. Ça aurait été quelqu'un de sympa bon et puis le coup qu'il m'a fait aux assises.
- *Y'avait pas les mêmes enjeux, elle est dans le soin elle. Alors que l'expert psychiatre il n'est pas là pour ça.*
- Et puis quelque part j'avais ce côté négatif parce qu'en plus de ça, je l'ai su par mon avocat, c'est que quand le tribunal désigne un expert psychiatre, il lui donne le dossier d'accusation. Mais attendez, non, non !! Si vous voulez tester un problème chez une personne, vous n'allez pas lui balancer de suite où est le problème. Non, non, le psychiatre il doit arriver, discuter avec la personne, faire parler de quelque chose, de son enfance, de ceci, de cela et à partir de là, il doit déceler, si vraiment il est bon dans son métier, il doit déceler un problème psychiatrique chez cette personne. Bon je vois ça comme ça. Et en plus de ça, il arrive aux assises avec un rapport. Non, non, non. Ça a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Donc du coup j'avais cette vision négative de la psychiatre. Et en plus le président qui a rajouté une couche « oui on sait bien que la psychiatre n'est pas une science exacte ». Ca, ça m'a renforcé dans mes convictions, dans mes visions.
- *Est ce que vous entretenez la même relation avec le médecin coordonnateur et le psychiatre ?*
- Ah oui tout à fait, tout à fait. C'est quelqu'un de génial. Déjà, d'entrée de jeu, parce qu'à l'époque j'avais les cheveux jusqu'en bas du dos. C'est récent que je les ai coupés. On a ri, paf, il a les cheveux jusque là. On sent le mec qui est cool. Il se prend pas la tête mais il a toujours une question pertinente. Franchement c'est sympa, c'est sympa et on s'entend bien. Le courant passe très bien. Encore une fois, y'a pas de..., c'est ce que je craignais, c'est ce côté hautain et inquisiteur. Ca je craignais mais pas du tout, franchement.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Rien de particulier. D'être libéré en 2019. Voilà, ça se termine et si éventuellement j'en ressens le besoin, je continuerai avec le Dr P. Même après coup je veux dire. Ca c'est bon.

- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ? Vous avez l'impression que ça vous aide ?*
- Moi ce qui m'aide c'est de rencontrer des professionnels qui sont à mon goût, au top quoi.
- *Mais ca vous aide en quoi ?*
- Ca m'aide. Ca m'aide à comprendre que euh ... ce que j'ai fait par le passé c'est pas forcément... on dit ouai perversion, c'est un pervers. Non, c'est une maladie mais pour moi personnellement, pour le reconnaître en tant que maladie, ça a été très difficile, je sentais pas comme ça. C'est comme le mec qui est accro aux courses ou à l'alcool, c'est son petit plaisir. Et ben moi c'était comme ça, je voyais pas ça comme une maladie.
- *Ca vous a donc aidé à changer votre regard sur ce que vous avez fait ?*
- Oui exactement. Et puis parce qu'il y a eu une longue période où je voyais pas le mal là dedans. Ce n'était que des caresses, des attouchements, ça faisait rigoler. Quelques unes de mes victimes, disons le mot, revenaient me voir et on recommençait. Quelque part on voit pas le côté négatif, je veux dire qu'on s'imagine pas que la gamine quand elle aura 14 ou 15 ans elle aura des difficultés relationnelles avec les garçons éventuellement. On voit pas tout ça. On voit pas tout ça. Je vous dis c'est pendant ma détention, pendant mes 11 ans que tout seul j'ai... Bon entre temps y'avait bien sur les infos à la télé : d'autres affaires beaucoup plus graves. Surtout qu'à partir de 99, ça a dégingolé avec les Fourniret, les machins. C'est là où j'ai commencé à prendre conscience un peu, à me faire disons, une auto-analyse.
- *C'est la condamnation vous diriez qui a fait changer ce regard ?*
- Oui je pense. Oui je pense, disons c'est l'isolement, voilà. Se retrouver tout seul, on est tout seul. On a son petit chez soi, on a le confort, au mieux donc. J'avais la possibilité de fabriquer mes propres meubles, je me suis agencé ma cellule assez spacieuse en plus. Je travaillais en menuiserie donc j'avais acheté mon bois, j'avais fait mes meubles donc j'étais installé comme mon petit chez moi, quoi. C'est à dire que ça y est, c'est important pour quelqu'un qui est en détention, de se faire une autre vie. Ca y est, on est plus dehors, on a été condamné, on est enfermé. Alors au lieu de broyer du noir dans une cellule minable, tant qu'à faire on se l'aménage. On a son petit confort, le frigo, la télé, on a tout ce qu'il faut, l'ordinateur et tout. Voilà donc le fait d'être tout seul, on gamberge, on entend plus ou moins mais très peu. On entend quelques autres affaires parmi d'autres détenus. Et c'est là où j'ai commencé, franchement à... et déjà avant même de sortir, je savais que ma ligne de conduite serait celle là : ne plus approcher les gamines, enfin d'éviter parce qu'on sait jamais. Il peut y avoir des comment ça, des révélations faites par une gamine alors qu'on y est pour rien. Affabulations ou autres, on sait jamais ça. Alors pour me protéger, ça a été mon truc dès le départ. Ne plus contacter, ne plus être en contact avec des gamines. Seules, je veux dire. Bon si y'a les parents qui sont là, on discute on parle, y'a pas de lézards. Mais j'ai plus ce même regard, fut une époque où oui, je rencontrais une gamine, éventuellement j'imaginai, si... non, là c'est... Non parce que j'ai pris conscience que c'était pas bien et puis après y'a eu, disons cette curiosité malsaine où je suis allé sur internet parce que j'avais vu ça, par curiosité. Je suis allé sur internet et j'ai récupéré des trucs voilà. Ca ça a été idiot, sans vraiment d'intérêt. Ma première défense ça a été : ben écoutez, je suis chez moi, j'ai agressé personne, j'ai fait de mal à personne. « Oui mais vous vous rendez compte, lorsqu'ils

ont été filmés ou photographiés, eux ont subi». Oui c'est vrai, là c'est encore un autre truc où j'ai pris conscience que oui effectivement, bon... l'offre appelle la demande mais ça fait des victimes. Voilà.

- *D'accord*

- Donc comme quoi les hasards de la vie font bien les choses. Les personnes qui recherchaient ce genre de trucs, que j'ai pris contact avec eux et puis en fait c'était le FBI. [rire]

- *Est ce que vous avez l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis cette injonction de soin ?*

- Pas du tout. J'ai toujours été comme ça. J'ai toujours été vers les gens. Je sais pas c'est mon truc à moi.

- *Ok donc rien n'a changé.*

- Pas du tout, pas du tout. Les gens n'ont pas à le savoir et c'est pas écrit sur mon visage.

- *Que vous apporte ce suivi ?*

- Pour moi je fais la distinction. J'y pense même pas à cette contrainte, j'y pense pas. Je fais les choses naturellement. J'ai rdv avec le Dr P je viens la voir, ça me fait du bien, j'en ai besoin. Je rencontre la SPIP parce que pareil il faut lui apporter les documents justificatifs mais ça s'arrête là. Je ne ressens pas une injonction au dessus de moi. Maintenant y'a toujours le comment dire, le couperet au dessus de la tête. Si je venais à faire un écart, ben badaboum, ce qui est tout à fait logique. Mais y'aura pas d'écart [rire]. Non, non.

- *Quels sont les éléments positifs de ce dispositif ?*

- Euh... avec quelqu'un de sensé... quelqu'un qui a du bon...

- *Vous j'imagine que vous avez du bon sens et pourtant vous aviez refusé de vous soumettre à l'IS il y a quelques années.*

- Il faut pas voir ça comme ça. Il faut voir le fait qu'on est incarcéré, qu'on a une peine à subir. Une fois qu'on a terminé cette peine, on sort, on est libre. Non, là, on nous donne quelque chose en plus. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est ce côté double sanction. Pour une même faute, on vous condamne deux fois. On le ressent comme ça et c'est dur. C'est une condamnation en fait, injonction, condamnation, c'est la même chose. On est obligé de faire telle chose, bon et puis finalement je l'ai accepté parce qu'on m'a menacé de me faire refaire toutes les grâces que j'avais eues. 46 mois ça faisait beaucoup, j'en avais un peu marre de la détention. Je suis sorti, j'ai rencontré des personnes super sympas donc tout s'est bien passé. Cette sensation d'injonction, de peine au dessus de la tête, voilà. Et pour preuve c'est à dire que quand je suis retourné en prison pour faire ses 5 mois, on m'a pas redonné tout ce que j'avais à faire précédemment parce qu'ils ont bien compris, c'était une couillonnade que j'ai faite. Ca peut arriver à n'importe qui, c'est même arrivé à mon avocat ! Il a plaidé devant la cour en disant écoutez, ça m'est arrivé avec mon épouse. On est allé sur des sites X, pornographiques et de pages en pages on finit par tomber sur des trucs avec des gamines ! Comment les types en informatique ils arrivent à faire ça ? Je sais pas mais lui ça lui est arrivé et il l'a mentionné à la cour. Donc la cour a bien compris que ça pouvait arriver à tout le monde, que c'est une bêtise, qu'on recommencera plus, promis, voilà. Donc de toute façon, j'ai pas les moyens de racheter l'ordinateur puisqu'il a été saisi. Du moins ils ont saisi le disque dur donc ça évite d'être tenté d'y retourner. Pas dit que j'y retournerai ! [rire]

- *Des éléments négatifs de l'IS ?*
- Des choses négatives ? Au niveau des injonctions ? Je vous dis, le côté négatif, c'est ces types qu'on laisse en liberté dans la nature et qui sont pas...
- *Qu'est ce qu'on peut faire ?*
- Moi j'ai peut être un petit côté psychologue. Si moi j'arrive à déceler quelque chose de bizarre chez quelqu'un, un professionnel doit y arriver, je sais pas. On sent quand les gens mentent, quand ils en rajoutent ou qu'ils changent plus ou moins de sujet. Je sais pas je le ressens, j'ai un don peut être, je sais pas, je le ressens de suite les gens qui ont un problème psychologique. Je sais pas, ça me saute aux yeux. C'est pas donné à tout le monde de le voir, je sais pas. Et je vous dis j'en rencontre certains...
- *Il faudrait les laisser en prison toute leur vie ?*
- Je pense ou le bracelet électronique. Mais c'est pareil, c'est comme cette histoire d'aller pointer à la police. C'est de la poudre aux yeux parce que le type il est libre le reste du temps, il peut faire tout ce qu'il veut. Même avec le bracelet, le gars il peut faire tant de déplacements machin truc, rien n'empêche de... et c'est trop tard ! Bon d'accord, le bon côté du bracelet électronique, une fois qu'il a commis la faute, on peut le retrouver facilement mais il a quand même commis la faute. Vous voyez ce que je veux dire, y'a une victime et ça peut être des fois grave, ils vont jusqu'à tuer. Non là faut pas! Je sais pas, le système n'est pas au point disons. Y'a d'autres choses à faire, je sais pas comment, quoi.
- *Donc y'a d'autres choses à faire pour une certaine catégorie de personnes ?*
- Je pense parce que y'a... on dit ont oui pédophile, y'a quand même plusieurs niveaux, y'en a qui sont plutôt graves.
- *Et pour les autres vous pensez que ça peut aider ?*
- Pour des gens malades, disons comme moi, disons le. Je pense que la plupart s'en sortent très bien.
- *Avec les suivis ?*
- Avec le suivi, ça aide quelque part. Parce que seul, c'est pas évident, tout le monde n'a pas le disons, le mental pour se faire une auto-analyse, pour gamberger soi même sur le comment du pourquoi. Je veux dire à part le fait, pour moi personnellement, ne pas savoir pourquoi ça m'est arrivé, pourquoi ça j'en suis arrivé là. Ne pas savoir, non pas que, vu l'âge que j'ai maintenant je pense que je pourrais me venger entre guillemets ou quoi, le fait de savoir. Ça vient pas comme ça d'un coup. Parce que c'était un truc entre guillemet normal, un truc que tous les gamins font, on joue à touche-pipi mais ça, ça a perduré donc ça quelque part, pourquoi ? Je sais pas. Alors est ce que c'est le côté innocence des gamines, quelque part peut être une honte ou une peur chez elle qui fait qu'elles ne parlent à personne donc on continue. Certaines revenaient. Est ce que c'est la peur que moi je leur fasse du mal ? Vous voyez j'ai gambergé tout ça tout seul, ce qui m'a fait du bien quelque part.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Ajouter quelque chose. [blanc] Je sais pas si je peux me permettre de dire ça. Pas uniquement pour moi, mais j'aimerais bien qu'il y ait beaucoup plus de médecin, une attitude comme vous avez vous ou le Dr P, Dr MC : avant tout le côté humain. Voilà le côté humain parce que moi ça m'arrive constamment des gens se soulagent sur moi, je sais pas pourquoi, est ce que j'ai une tête avenante? Savoir écouter, voyez, savoir écouter sans juger. Savoir écouter en disant oui désolé je peux rien pour vous

ou alors revenez me voir on en reparlera. C'est ce qui manque, l'humanité chez les gens, ça manque beaucoup. On le voit dans la rue, on le voit. Certains médecins ne sont pas souriants ou avenants. Heureusement je suis pas tombé sur ses gens là. J'aurais eu du mal, le courant ne serait pas passé, c'était pas la peine. Voilà ça c'est un truc, ça fait défaut. Alors maintenant quelle est l'étincelle qui fait que quelqu'un se lance dans des études de médecine et se dirige vers la psychiatrie ? Si c'est quelqu'un qui a de l'humanité, de la compassion, alors là ok. Si c'est quelqu'un qui se dit à la fin du mois je touche mon chèque, y'a pas trop de risque au niveau des retombées.

- *Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*

## Entretien N°11

- *Que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- Pour moi rien du tout, dans mon cas. J'ai des soins pour le palpitant, pour mon diabète. Je me pique moi-même tous les jours, voilà. Des soins j'en ai pas, je prends aucun médicament pour les nerfs. J'en ai jamais pris et je veux pas en prendre parce que c'est le plongeon. Non, pour moi ça représente... Non, non, non. C'est pas utile dans mon cas. Je mets les cartes sur table, c'est pas utile dans mon cas.
- *D'accord*
- J'ai pas de pulsions, j'ai pas d'envie alors non, non.
- *D'acc...*
- Et je suis seul, je suis tranquille. Ma fille me disait « ah tu devrais penser à te remarier ». Ah non, non, je lui ai dit, tu sais, sur quoi je vais tomber ? Sur une vieille « chachagne » qui va me casser les pieds ou autre chose. Si c'est une veuve, je vais vivre dans un cimetière, elle va me parler de son mari qui avait toutes les qualités. Si elle est divorcée, c'est un salaud, il courrait. Alors non, non, je suis tranquille.
- *D'accord*
- HEUREUX. Je suis rarement là, je vais chez ma sœur à Mazerre qui a une très, très grande maison. Non, j'y loge presque. Elle a une maison à Massat, j'y ai été dernièrement aux morilles. A l'époque des champignons, des fois je vais y passer un mois ou deux en pleine montagne. Je me balade.
- *D'accord*
- Non, non.
- *J'ai bien compris que pour vous ça ne signifiait pas grand chose cette injonction de soins.*
- Pour moi ça signifie rien.
- *Mais qu'est ce que vous comprenez du dispositif ?*
- Parce que c'est obligatoire, c'est tout. Si demain on me dit c'est fini.
- *Qu'est ce que vous en comprenez de cette organisation ?*
- Ben le dispositif, vous savez. Les gens comme vous, je les vois. Je vois le Dr MC ou les autres qu'il y avait avant Mme... comment elle s'appelle. J'en ai vu plusieurs. En cinq minutes et tous en viennent à dire : « vous êtes un cas, vous. On sait que vous êtes un père tranquille. » Non, non, non... c'est pas utile et ça m'apporte rien. Je vis ma vie tranquille. Je fuis le monde. Je vais plus à Toulouse ou rarement sauf quand je vais à Ranguel voir le Dr MC. Mais le centre ville y'a au moins trois ou quatre ans que j'y pas mis le pieds. D'abord je n'aime pas Toulouse. C'est devenu... vous êtes toulousaine ?

- *Ca fait dix ans que je vis à Toulouse.*
- *Ca vous plait ?*
- *Moi j'aime bien, c'est une ville agréable.*
- *Ca a changé. C'est très cosmopolite. Non et puis, j'aime pas les grandes villes. Si, je vais souvent dans de la famille à Lyon, à Dijon j'ai de la famille aussi. Je vais souvent au Cap ferret chez une... elle est mariée, elle est grand-mère. C'est une de mes anciennes fiancées.*
- *D'accord.*
- *[rire] J'ai failli me marier avec elle, y'a très longtemps. [rire]*
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- *Pareil, on se voit en dix minutes. Il est très bien.*
- *Mais quel est son rôle ?*
- *Ben il me demande si... je lui donne le certificat que m'a fait. Et on discute de tout sauf de mon cas. On discute politique, on discute géographie. Non, il est très bien. Vous le connaissez ? Il est gentil. Vous lui direz le bonjour.*
- *Je lui dirai s'il vient à ma thèse.*
- *Et ben je lui en glisserai deux mots. Il sera examinateur ?*
- *Peut-être...*
- *Je vous aiderai. [rire]*
- *Son rôle finalement c'est quoi ?*
- *Comme vous dites, coordinateur. C'est lui qui avertit le juge d'application des peines que je viens bien le voir. [tousse] Je vous dis, le plus longtemps c'est dix minutes. Ça n'apporte rien, hein. Si ça me fait discuter. Je l'aime bien, on discute bien.*
- *Et le rôle de votre psychiatre ?*
- *J'ai pas de psychiatre !*
- *Mais si vous avez un psychiatre !*
- *A qui ? P ?*
- *Oui ça c'est votre psychiatre.*
- *Ben c'est tout, il me demande comment ça va, ce que je fais et voilà tiens je viens de passer un mois à la montagne.*
- *Qu'est ce qu'il vous apporte ?*
- *Rien, rien dans mon cas. J'ai pas de remords. Je sais que j'ai été coupable d'attouchements mais j'ai pas violé. C'est pour ça quand on me parle d'agression sexuelle, ça me laisse pantois.*
- *Et Le CPIP ?*
- *Là aussi tous les 3, 4, 5 mois pour lui faire voir que j'habite toujours là. Oui ça va. Elle reconnaît aussi, c'est Mme C, elle reconnaît que dix ans de soins, de suivi, dans mon cas c'est un peu trop. Du reste Mr MC il est en train de faire un dossier pour que ce soit réduit.*
- *Ah oui ?*
- *Oui, il peut, il peut le faire. Mme C de son côté aussi. Elle m'a dit « Mr X, je me charge, je vous connais très bien, je sais qu'il n'y a aucun risque avec vous ». Elle me dit des gens qui ont fait des faits bien plus graves... Par exemple : le violeur de la communauté des béatitudes qui était très pistonné par Monseigneur Legal, vous savez à combien il a été condamné ?*
- *Pas du tout*

- Il a violé 50 gosses. Trois ans !!! Avec cinq ans de suivi. Alors y'a pas deux poids, deux mesures ?
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- De la hargne, enfin de la hargne. Pfff je trouve ça ridicule. On m'a alourdi et puis ça sert à rien. Dix ans, vous vous rendez compte ?
- *Vous avez l'impression que c'est une peine supplémentaire ?*
- Ah oui c'est une double peine. C'est une double peine. C'est une double peine. C'est comme les psychologues que j'ai vus ici, les psychiatres. Alors la première « qu'est ce que vous avez...? » Ecoutez, vous allez pas me rajouter une double peine, je vais pas vous raconter tout ce que j'ai fait à chaque visite. Non mais... stop je lui ai. Je me suis levé et je suis parti. On m'en a mis une autre carrément. Non, faut pas non plus pousser. Je suis pas... quand je vois les condamnation qu'il y a maintenant au tribunal pour certains faits 2 mois, 3 mois, 6 mois.
- *Certaines personnes trouvent que c'est difficile de revenir sur les faits.*
- Ah oui c'est pénible mais avec vous ça va. Ca va servir pour votre thèse.
- *C'est gentil.*
- Vous avez été franche là dessus, c'est pour ça que je vous y aiderai. Mais oui je vais pas à chaque fois mettre la tête sur le billot. Qu'est ce que c'est que ce cirque ? Je suis pas un grand bandit ! Quand on voit qu'il y a des terroristes, ils sont condamnés à bien moins.
- *Vous disiez que c'est de la hargne que vous ressentez et que c'est ridicule.*
- Ah oui et je vous dis, au départ, j'ai été marqué à l'encre rouge. Notamment par ces dames du syndicat de la magistrature. Vous connaissez ? Ils sont très à gauche, ultra gauche même. [tousse] inaudible ... en légion, mes affaires du SAC avec Pasquat. Le SAC vous savez à quoi on servait exactement ? C'était une police parallèle.
- *D'accord... qui a agit dans les années 70-80 ?*
- 68, 69, 70, 71 et après j'ai quitté sur les conseils de Pasquat. Il m'a dit bon ben arrête parce que le SAC il prend une mauvaise tournure. Y'a eu la tuerie d'Auriol à Marseille, y'a eu l'assassinat du juge Michel où ils ont trempé. Non non j'étais déjà parti. Moi tant que c'était politique mais après c'est devenu mafieux donc j'ai quand même une éducation assez stricte. Donc tremper dans des affaires, non. Je veux bien défendre mon pays.
- *Donc tout ça c'est ressorti au procès ?*
- C'est pas vraiment ressorti au procès mais je l'ai vu dans l'enquête de personnalité ou le fils a dit... il m'a chargé. Maintenant mon ami le psychanalyste m'a dit « Jean Pierre je crois que cette gamine, elle a été initiée par son père » [blanc]. Faut le prouver parce que moi y'a une chose [blanc]. Cette gamine un jour, on était au lit, elle me sautait dessus, caresses, les fous-fous quoi. « Oh ! elle me dit, papa il a un plus gros zizi que toi ». [blanc] Ca c'est mis dans l'ordinateur. Je l'ai expliqué à mon ami, psychiatre euh psychanalyste il m'a dit : « cette gamine elle a été initiée » [blanc] Ah vous en verrez dans votre métier mais là c'est un cas. Ca va peut-être vous servir pour votre thèse et je vais en parler au Dr MC qui sera votre examinateur. Je ne lui dirai que du bien de vous. Quand je fais une promesse, j'y tiens. J'ai une parole. J'aime les gens francs.
- *Alors justement que pouvez vous dire de votre relation avec le médecin coordonnateur ?*
- Très bien. Rien à dire, très bien. Formidable, formidable.

- *Tant que ça?*
- Oui formidable !
- *Est ce que vous pensez que c'est une relation de soin ?*
- [rire] Non, non. C'est une relation qui est devenu même très amicale. Non, de soin. Je peux pas bouffer des pilules. Je lui ai dit écoutez « des pilules, je bande même plus. Même le viagra je pense pas que ça me ferait grand chose, d'ailleurs j'ai plus aucune envie ». Je fuis.
- *Et votre relation avec le psychiatre ?*
- P ça fait deux fois que je le vois. Non « bonjour, ça va, ça se passe bien ». « Oui »
- *C'est une relation de soin ?*
- Mais non, c'est pas du soin. Mais qu'est ce que vous entendez par soins ? C'est ça que j'arrive pas à comprendre. Pour moi, je vois mon docteur, mon diabétologue qui me donnent des médicaments, qui me font mes analyses. Là, ça c'est des soins mais dans mon cas. La petite pilule bleue, la petite pilule rose...
- *Le soin ça ne passe pas que par les médicaments. Ça passe aussi par la parole.*
- La parole, ça j'en ai revendre. Ouai [rire]. Non [rire] Pour moi ça m'apporte rien, non pas du tout.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Rien. Rien. M'ouvrir un cas de conscience ? Un sentiment de culpabilité ? J'en ai pas. Mea culpa, mea culpa. Zéro. J'ai fait deux sociétés américaines. Vous connaissez bien le caractère des américains ?
- *Un peu.*
- Ils ont un sentiment de culpabilité. Ils font du mal et après... Un exemple, Hiroshima, le bombardier est piloté par un lieutenant colonel. Il largue sa bombe et après il faisait des rêves. Il est même rentré dans les ordres, il en est sorti. Alors le remord, c'est ça l'américain. Je te tue d'une main, le dollar d'une main, la bible de l'autre. Je les connais bien, c'est des types qui ont un sentiment de remord. Ils font une connerie et après alléluia. Pfff. Le pire c'est dans le centre des Etats-Unis, ils sont pas du tout modernes avec leur pick-up et leurs chemises à carreaux : la bible, c'est le pays ou y'a énormément de sectes. Mais alors le remord, la culpabilité, moi j'ai pas. J'ai tué. J'ai tué à la guerre. J'ai aucune culpabilité, j'ai été payé pour. Moi on m'a payé pour tuer. J'en veux pas à ceux que j'ai tué, j'ai travaillé après 8 ans en Algérie. Des massacres on en a pas fait, ça a été... comme on dit on a découvert des charniers. Ah ! ces charniers ils ont été fait par le FLN. Nous l'armée française ou même la légion, on en a jamais fait. On a fait des exécutions sommaires, ce qu'on appelait la corvée de bois. Ah je vais vous en apprendre sur la guerre d'Algérie ! La corvée de bois qu'est ce que c'est ? D'abord on avait un ordre de nos chefs : pas de prisonniers au combat, sur le terrain. On en épargnait quelques uns comme sources de renseignements. Une fois qu'ils avaient parlé, on les amenait à la campagne, dans un camion, le motif écrit c'était « corvée de gravier ». On les descendait et on n'enterrait jamais les cadavres. Le bled, c'est pourri de chacal. Dans la nuit même, le chacal il a l'esprit de famille. Il dépèce clac, clac et il amène, il nourrit la famille dans le terrier. Donc le lendemain vous y allez, vous avez plus rien. C'est auto-nettoyage. Ça se passait comme ça. C'est dur.
- *C'est un peu dur à entendre aussi et c'est un peu hors de notre sujet.*
- Eh mais moi je l'ai vécu. Alors comme les officiers nous disait, demain y'a plus rien.
- *Et tout ça, ça s'efface aussi facilement de la mémoire que les chacals ?*

- Non, effacer de la mémoire je m'en souviens mais qu'est ce que vous voulez ?
- *Pensez vous que ce dispositif peut aider à prédire la récurrence ?*
- Pas pour moi mais peut être pour certains. On peut pas prévoir, on peut pas prévoir. Quelqu'un qui est pervers dans l'âme, on peut pas prévoir. On l'a vu avec Dutroux, on l'a vu avec Fourniret, on l'a vu avec... non... j'appelle ça des malades mentaux, des pervers. Mais le gars... par contre le pervers... ce qui est grave c'est le gars qui viole et qui tue. Quelqu'un qui fait comme moi une branlette... excusez moi, ça a jamais tué personne. Bon ! Surtout quand c'est réclamé. La récurrence [toux] c'est comme le cancer, on peut pas prévoir si on va pas avoir une réminiscence.
- *Sans prévoir vous ne pensez pas qu'on peut le prévenir ?*
- On peut pas l'empêcher. On peut pas l'empêcher. J'en ai discuté avec P « vous je sais, vous êtes un cas spécial mais un pervers, on peut pas l'empêcher » on sait pas si dans un an ou deux ans, il va pas... Regardez Dutroux ou Fourniret, ça s'est fait sur plusieurs années.
- *Donc cette mesure qui est mise en place avec tous ces intervenants...*
- Ça dépend, ça dépend les individus. Moi dans mon cas, non, ça sert à rien. Je sais que je recommencerai pas. D'abord je serai mis au banc de ma famille alors que j'y suis pas, ils ont bien compris mon cas, au contraire. Mais pour certains, je crois qu'on peut pas prévoir. Vous savez ma femme a eu un cancer en 2000, elle est morte en 2005, après chimio, radiothérapie, trois opérations et chaque fois y'avait récurrence. On peut pas le prévoir.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Oui et non. Mes relations, j'en ai plus, à part des amis que j'ai... il me reste deux bons amis : mon ancien colonel, que j'ai connu, il est rentré en même temps que moi dans l'armée, il sortait de saint Cyr. Et puis mon ami le psychanalyste, c'est les deux seuls amis que j'ai. Mais le reste, y'a longtemps que... et puis j'ai travaillé longtemps hors de France alors les amis vous savez. Qu'est ce que vous entendez par ami ? L'amitié entre parenthèse c'est comme le diamant c'est des carats, des cas rares. La famille pareil, la famille elle est limitée maintenant mais un bloc solide.
- *Donc est ce que vous avez l'impression qu'avec l'IS des choses ont changé ?*
- Non. Non, j'ai toujours mon caractère. Je suis un peu plus seul maintenant que j'habite N...
- *Que vous apporte ce suivi ?*
- Rien
- *Rien*
- Rien, rien, rien, mais rien. Je suis franc. Je vous dis je suis très franc. Rien mais rien.
- *Vous avez l'impression que c'est contraignant ?*
- C'était contraignant au début mais maintenant c'est une fois tous les... non, non, non. Si y'a une chose que je comprends pas c'est que dans ce suivi, on m'interdit d'aller à l'étranger.
- *Ah oui.*
- Pendant 10 ans. Alors qu'est ce qu'on entend par l'étranger ? Je peux pas aller en Andorre.
- *Quels sont les points positifs de l'IS pour vous ou pour les autres ?*

- Ah pour les autres... j'ignore le cas des autres. Peut être qu'ils y trouvent... pour moi rien mais pour les autres, ceux qui sont un peu fatigués du... qui ont un besoin de parler. Moui, moui.
- *Vous n'avez pas l'air très convaincu.*
- Non, non. Vous ça va, vous êtes agréable. [rire]
- *Y'a pas non plus les mêmes enjeux. C'est une discussion un peu informelle, sans enjeu.*
- Pour moi ça ne m'apporte rien, maintenant peut être que certains ça leur apporte quelque chose mais moi... peut être à certains qui ont commis des faits graves : viol, meurtre parce que y'a pas que des suivis sexuels. Pour des voleurs comme on dit de mobylette, pffff. Non, non !
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Euh [blanc] je sais que je suis sûr de moi, que je recommencerais pas. J'ai pas envie de retourner à la case départ. Je vais toujours de l'avant. Je sais que si je suis pas l'injonction, je risque de retourner en prison pour au moins deux ans. Les parties civiles ont été payées. Euh je me demande à quoi ça sert.
- *D'accord*
- A quoi ça sert ? Je reconnais que j'ai pas envie de retourner à la case prison et puis je reconnais que j'ai plus aucune pulsion. La sexualité y'a longtemps que c'est derrière moi, depuis pratiquement ... je m'en suis aperçu quand j'avais du diabète.
- *Et bien je vous remercie Mr X d'avoir répondu à mes questions. Ca va être très utile pour ma thèse.*
- [rire] Je rigole quand j'entends une femme parler de ma thèse.
- *Pourquoi ?*
- [rire] Allez ! Sans connotation sexuelle. Vous parlez arabe ?
- Non
- *Thèse, la tes, qu'est ce que c'est ?*
- [blanc]
- En arabe, c'est le sexe féminin. Alors quand vous dites ma thèse, je rigole.
- *D'accord. Alors je vais parler de mon sujet d'étude. Merci.*

## Entretien N°12

- *Que signifie pour vous la mesure d'Injonction de Soins ?*
- L'injonction de soins... oui c'est pour prévenir avant tout la récidive. Après, qu'il y ait guérison je crois pas, la guérison ça n'existe pas. Je veux dire aider la personne à régler ses troubles sexuels mais pas que. Après ça peut être des troubles aussi de la vie de tous les jours, les soucis, les tracas aussi. Ca va de pair je pense.
- *Mais vous dites la priorité c'est la récidive. Qu'est ce que vous en comprenez de cette mesure, son organisation ?*
- Après elle est bien organisée. Je sais pas, c'est difficile de me positionner. Je sais pas.
- *Quel est le rôle du médecin coordonnateur ?*
- Je crois qu'il supervise le fait que je suis bien mes rendez-vous, tout ça. Et puis je sais pas trop en fait.
- *Si vous savez, c'est bien ça. Il supervise le suivi. Et le rôle de votre psychiatre traitant ?*

- Elle en a pas trop parce que je l'ai vu deux fois et elle va partir.
- *Le Dr P qui a été votre médecin traitant pendant longtemps.*
- Essayer de comprendre d'où vient le problème aussi. C'est bien aussi de parer la récurrence mais après je veux dire, essayer de chercher les sources des problèmes. Donc avec P on est parti sur un autre travail, on a parlé de l'enfance. Un peu moins de l'adolescence comme me disait Mme M (*sa psychologue*). J'avais un problème, je parlais beaucoup de mon enfance, du temps présent mais jamais de mon adolescence. Donc du coup, c'est un peu de tout, ça prévient la récurrence, ça prévient les soins, ça peut être par rapport aux angoisses, les dépressions.
- *Vous faites une différence entre le rôle du médecin coordonnateur et celui de votre psychiatre traitant ?*
- Ben, disons qu'avec ... c'est bref les rencontres que je fais avec la psychiatre parce que c'en est une. Enfin j'ai pas, je fais pas vraiment de travail avec elle. Y'a pas tellement... elle m'interroge sur comment ça va, si je me sens bien dans ma peau, si je rencontre des problèmes au quotidien avec les enfants. C'est des questions mais c'est jamais rentré dans un travail de thérapie.
- *Et le rôle du CPIP ?*
- C'est pour... là aussi c'est pour superviser par rapport au suivi après incarcération tout ce qui est SSJ et le respect des obligations aussi. Je la vois tous les mois.
- *Quel ressenti avez vous par rapport à cette injonction de soin ?*
- Euh... je sais pas parce que... pfff... J'ai aucun. Je me positionne pas en fait mais après je me dis... après c'est vrai qu'il y a des moments j'ai du mal un peu. Quand ça fait des années qu'on est dedans, on n'a jamais fait le tour de soi, c'est comme faire le tour du monde, mais je veux dire à un moment donné, je sais pas, j'ai l'impression de pédaler, de tourner en rond.
- *Vous avez l'impression que ça vous sert moins que ce que ça vous a servi il y a quelques années ?*
- Je sais pas quelle méthode choc il y a après.
- *Je crois qu'il n'y en a pas !*
- A un moment donné j'avais pensé à l'hypnose, je voulais rentrer en profondeur sur certaines choses. Après la psychologie ça a ses limites aussi.
- *Le fait que ce soit une contrainte, obligé par le juge, comment vous le vivez ?*
- La contrainte c'est toujours un peu emmerdant. Mais après je sais que j'en ai besoin, je respecte. Y'a des moments où j'oublie mes rdv, je suis un peu, j'ai un peu de mal à m'y faire après toutes ces années en détention. Personnellement je respecte mais après c'est toujours la contrainte, c'est un peu difficile mais bon je sais que c'est pas à vie. Je sais qu'à un moment donné si le travail on le fait pas soi même non plus. Y'en a qui peuvent voir des psy pendant 20 ou 30 ans s'ils ont pas fait le travail ça sert à rien
- *Il faut donc que les personnes soient impliquées dans un travail de soin. Que pouvez vous dire de votre relation avec le psychiatre qui vous suit ?*
- Moi je base toujours mes relations, je suis quelqu'un d'assez distant donc du coup j'ai du mal à établir des relations avec les gens. Ça se base sur la confiance, c'est sûr qu'avec P ça avait mal commencé parce qu'après quand on a commis des actes, je sens pas de fierté, je m'attends pas forcément à ce que... les gens ont leurs opinions personnelles, ils en pensent ce qu'ils veulent je m'en fous mais après je veux pas être jugé. C'est ça, surtout pas sur mon passé, je veux dire mon enfance. J'ai déjà du

mal à mettre mon enfance sur la table, si on vient me braquer, le travail est foutu, vaut mieux que je change de psy.

- *La confiance c'est aussi le secret médical. Dans ce dispositif, comment vous voyez le secret médical ?*
- Normalement tous les psychologues et psychiatres ils ont le secret professionnel. Le SPIP aussi. Toutes les personnes qui sont impliquées là dedans, normalement. Après si une personne vient à commettre un acte, là y'a pas de secret professionnel, ça je le sais.
- *Ca on vous l'a dit ?*
- Je l'ai entendu plusieurs fois mais après oui ça c'est très important le secret professionnel.
- *Par rapport au juge par exemple ?*
- Après ça me dérange pas que le psy aille toucher mot au juge, du moment que c'est pas en public ou dans des journaux, des conférences. Peut importe.
- *Et votre relation avec le médecin coordonnateur ?*
- [blanc] C'est des gens que je vois comme ça dans le cadre d'un suivi, d'une thérapie. Après c'est assez bref avec elle. Elle est assez compréhensive sur le fait que j'ai fait pas mal d'années, je rencontre pas mal de difficultés que ce soit pour les rdv, la gestion de ma vie au quotidien mais après bon je suis pas dépressif mais j'ai des problèmes. Je pense que c'est dû à l'incarcération.
- *Ca a été difficile le retour à la vie « normale »*
- Oui et c'est toujours difficile et j'essaie de m'y faire.
- *Qu'attendez vous de cette prise en charge ?*
- Qu'est ce que j'attends ? Pas grand chose en fait. Je sais pas en fait. Ce que j'attends. Je peux pas trop attendre, que ça me serve quoi.
- *Que ca vous serve comment ?*
- Je sais que j'ai des problèmes, ce que je vous dis mais je me sens pas au quotidien de dire je suis un danger pour les autres. Je gère. Après c'est sur on n'est pas à l'abri mais après je veux dire oui que ça serve la thérapie. J'en tire un bénéfice personnel déjà, parce que je parle de mon enfance, je règle des problèmes. J'en profite, c'est un bénéfice personnel aussi.
- *Est ce que le fait qu'il y ait la prison qui pèse encore sur vous avec cette injonction, est ce que ça vous y pensez ?*
- Non pas du tout. En fait la détention j'y ai été donc ça ne me fait pas peur. Après c'est plus, c'est pas une question de narcissisme ou d'égoïsme mais après par rapport à mon affaire j'ai été dans les journaux donc du coup ma famille était au courant, les amis étaient au courant. Ca a créé tellement de problèmes d'image de moi, j'en suis venu à perdre confiance en moi. Donc je pense pas que je le referais mais c'est pas la prison qui me retient, c'est plus par volonté. Voilà quoi, quand on fait aussi, comme quand on arrive en fin d'année, voilà je tiens un cap, je fais pas ci je fais pas ça. Mais c'est pas la prison, j'y ai été 15 ans, 16 ans, ça me fait pas peur, j'y ai vécu mais après non c'est plutôt par rapport aux autres. Voilà j'ai du mal à gérer les actes que j'ai commis, je me vois pas recommencer tout ça, ce serait plus qu'un suicide. Donc c'est pas une option.
- *Avez vous l'impression que des choses ont changé dans votre vie, dans vos relations avec les autres depuis votre IS ?*
- Non, mes relations avec les autres ont changé pendant mon incarcération. Après non, c'est sur que j'ai un peu plus confiance en moi, mais c'est pas le top encore. La

relation avec les autres c'est comme j'ai dit à la psychologue, pour l'instant j'ai tellement de soucis personnels que c'est bête de dire ça, je me concentre sur moi. Toute la vie tourne autour de moi pour l'instant, de ma famille, enfin de mes parents. C'est égoïste mais j'ai besoin de ça pour l'instant. Pour me reconstruire là, j'ai pas envie de me faire des amis, j'ai pas la force de sortir de voir du monde parce que voilà je me concentre sur moi.

- *Que vous apporte ce suivi ?*
- Qu'est ce que ça m'apporte ? En bénéfice, après je m'en fous. Je sais qu'il y a des détenus qui l'ont fait pour avoir des remises de peine. Ils le font pour être plus tranquilles, que les rdv s'espacent, qu'ils soient plus tranquilles. Moi aussi ça me tarde un peu. Ca devient lourd à la fin mais après, je fais pas les choses pour justement tirer des avantages extérieurs. C'est plus un avantage intérieur, pour moi même. Aussi pour éviter la récidive, elle passe par moi aussi en faisant le travail avec mes thérapeutes. Après qu'est ce que ça m'apporte ? Oui c'est sur y'a aussi, ça fait aussi une raison de plus de dire « je ne vais pas recommencer ». On sait qu'on est suivis. Après ça fait quand même comment on appelle ça ? Ca met des limites même si après je sais pas comment fonctionnent les autres, je suis pas dans leur tête. J'ai mes limites mais ça m'impose des limites supplémentaires.
- *Est ce que vous voyez des éléments positifs ou des éléments négatifs au dispositif d'IS ?*
- Je sais pas ce qu'on peut faire de mieux. Après les personnes qui sont les plus dangereuses, y'a la castration chimique, le bracelet. Qu'est ce qu'on peut faire de plus, je sais pas.
- *Vous la question du traitement, ça s'est posé ?*
- C'est hors de question. Je préfère être incarcéré pour vous dire la vérité que d'avoir des traitements. Moi, tout ce qui est traitement j'aime pas. Tout ce qui est dans l'ordre de modifier les choses, non. Je sais que j'ai des problèmes de mémoire, je sais que c'est le Lexomil, après ça peut être la détention. Tout ce qui est traitement, non merci. Y'en a qui, je sais qu'il y en a. Si ça avait été quelque chose d'obligé, je l'aurais fait mais là c'est pas une obligation. Si vraiment je sentais que j'étais vraiment un danger, si du fond de mon cœur, j'étais convaincu que j'allais recommencer, que pour moi c'est plus fort que tout, je peux pas m'empêcher comme si c'était de manger ou de respirer, à la rigueur, je l'aurais demandé mais je sais que je peux gérer. Et voilà. Après je sais pas.
- *Quels points seraient à améliorer ?*
- A améliorer, je sais pas. Après moi tout ce qui est dans la thérapie ce que j'aime pas, tout ce qui est suivi avec les psychiatres, les psychologues, c'est qu'on centre beaucoup, après c'est normal, on centre beaucoup sur les actes et les victimes. C'est très bien, c'est une chose, ça fait partie, c'est les bases. Après j'aime pas aussi le fait de mettre les gens tous dans le même bateau, tous ceux qui ont commis des faits. Parce qu'il y a autant d'êtres humains que de pensées, on a tous une vision de la réalité qui est différentes les uns des autres, on fonctionne pas du tout pareil. Ce que je veux dire c'est que ... j'ai perdu le fil... les bénéfices.
- *Ce qui serait à améliorer, vous parliez des thérapies.*
- Oui ce qui est à améliorer c'est par rapport au suivi, de se concentrer aussi sur le passé des personnes aussi. Parce que ça peut jouer.
- *Souvent oui*

- Il faut régler déjà des problèmes tout ce qui est trouble de la personne : les angoisses, le stress, la timidité. Ca c'est déjà une chose qu'il faut gérer avec la personne. Parce que je pense que y'a tout un tas de raison qui poussent les gens a commettre, y'en a qui n'ont pas de raison, qui ne peuvent pas s'empêcher de le faire. Y'a des choses aussi, faut centrer aussi sur le patient.
- *C'est ce qui a été fait pour vous ?*
- Au départ non, c'était beaucoup les victimes mais après c'est pas que je suis contre. Ca fait partie, je sais que c'est normal. Pendant des années j'avais un passé qui me pesait, j'avais du mal donc à un moment donné je voulais parler et quand on me parlait on me disait « oui mais vous avez commis tel acte, les victimes tout ça ». C'est bien j'ai pensé aux victimes, j'ai réfléchi à la question. Mais je me disais le problème à la base pour moi, mais à la base de mes problèmes c'est mon passé. Si je règle pas ça, ça va être un problème toute ma vie de toute façon que ce soit pour moi ou pour les autres. Après qu'est ce qui faut modifier, moi je pense c'est ça. Pour les autres, je sais pas.
- *Avant de terminer cet entretien, y a t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?*
- Non, là rien ne me vient.
- *D'accord. Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*

**INJUNCTION TO CARE FOR SEXUAL OFFENDERS : A REVIEW OF  
THE LITERATURE AND QUALITATIVE STUDY OF PATIENTS'  
PERCEPTIONS**

---

ABSTRACT :

Commitment into care is a court ordered procedure under the Act of 17th June 1998. The measure's effectiveness has not been properly evaluated, either from a health perspective or the prevention of relapse into criminal behavior. The objective of this qualitative study is to give a voice to the patient & to evaluate both their experience & understanding of the procedure. The results, an analysis of twelve semi-structured interviews, reveal a good understanding of the roles of the professionals involved despite the boundaries between health & criminal sanctions being poorly defined. However, in general, patients express violent opposition to this measure. In conclusion, this paper identifies three patient profiles categorized by the type of care to which they are committed.

---

---

Key words : injunction to care, sex offenders, court ordered procedure, act of 17th June 1998, patients' perception, qualitative study

---

---

**AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE EN INJONCTION DE SOIN :  
REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ANALYSE QUALITATIVE DU VÉCU  
DES PATIENTS**

---

**RESUME :**

L'injonction de soins est un dispositif de soins pénalement ordonnés en application de la loi du 17 juin 1998. Cette mesure est peu évaluée tant sur le plan sanitaire qu'en terme de prévention de la récidive. L'objectif de cette étude qualitative est de donner la parole aux patients et d'évaluer leur vécu et leur compréhension du dispositif. Les résultats, issus de l'analyse de 12 entretiens semi-structurés, révèlent une bonne compréhension du rôle de chaque intervenant malgré des frontières entre les champs pénal et sanitaires mal définies. Les patients ont pu exprimer un vécu violent de la mesure. Enfin, ce travail met en évidence trois profils de patients selon leur inscription dans les soins.

---

**INJUNCTION TO CARE FOR SEXUAL OFFENDERS : A REVIEW OF THE  
LITERATURE AND QUALITATIVE STUDY OF PATIENTS' PERCEPTIONS**

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLÉS :** injonction de soins, soins pénalement ordonnés, loi du 17 juin 1998, auteurs de violence sexuelle, étude qualitative, vécu des patients, revue de la littérature

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**  
Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Anne-Hélène MONCANY