

# **ÊTRE ET RESTER INFIRMIER AUPRÈS D'AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES**

Edouard PRADEL, Infirmier,  
Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles

## **PRÉAMBULE**

A l'heure où les centres médico-psychologiques sont de plus en plus sollicités pour accueillir une population d'auteurs de violence sexuelle sortante de prison et soumise à des soins obligés, les équipes soignantes peuvent se demander comment recevoir celle-ci.

Cet accueil en équipe présente bien des bénéfices, notamment par la capacité de dispenser de soins qui puissent pallier aux difficultés quelque peu particulières à cette population, difficultés qui vont demander notamment une position active des soignants et beaucoup d'inventivité en matière de soin.

Je me demande, et je me pose la question, dans cette intervention, si cette créativité peut être insufflée par le personnel infirmier.

Il n'est pas question ici de mettre en comparaison, voire en compétition, les différents statuts des soignants inclus dans une équipe de soin confrontée à la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles mais de revenir sur des bases du soin institutionnel psychiatrique, et de montrer la compétence infirmière qui peut être investie. Il y a en effet un réel potentiel de capacité infirmière d'accueil, d'amorce, de mise en place et de continuité d'une relation de soin avec les auteurs de violences sexuelles.

J'ai voulu faire cette intervention au profit des infirmiers qui se questionnent dans la mission qui leur est confiée. Ceux-ci peuvent déjà travailler dans un service qui est un peu repéré dans sa capacité d'accueil d'une telle population, ou alors qui est peu à peu sollicité d'en accueillir. Pour autant, quand bien même dans n'importe quel service où ils travaillent, ils peuvent être amenés à en prendre en charge, ou prendre connaissance que la personne dont ils s'occupent a une telle problématique qui la caractérise.

Et le cas des services qui viennent être sollicités pour en accueillir, tels les centres médico-psychologiques est de plus en plus à mettre en évidence en France, les sorties de peine avec obligations ou injonctions de soin faisant, et parce que les probationnaires soumis à celles-ci se dirigent plus favorablement vers les centres médico-psychologiques, au moins pour la gratuité des soins qui s'y font.

Dans toutes ces situations sans trop d'expériences, l'équipe soignante va devoir faire la sienne. Si le médecin et le psychologue peuvent avoir pour cela une reconnaissance comme traitants au regard de la loi, l'infirmier n'a qu'un rôle officieux. Et pourtant, le dispositif psychiatrique de ces unités, comme celui en milieu carcéral, a l'habitude de leur collaboration aux côtés de ces professionnels cités ci-dessus et de voir en eux un certain bénéfice.

Si j'évoque le milieu carcéral dans cet exposé, c'est parce que c'est précisément dans ces lieux que j'ai pu fonder la pratique avec laquelle je fais ce travail, mais aussi parce que c'est dans ce cadre-là que s'est élaboré le soin aux auteurs de violences sexuelles, et particulièrement au sein des Services Médico-Psychologiques Régionaux, où des infirmiers se sont investis dans l'élaboration du soin, en face de populations en peine de prendre soin d'elles.

Actuellement, je ne travaille plus dans un tel service, mais je garde une forte expérience qui me sert depuis dans les situations professionnelles qu'il m'est amené de rencontrer. Je travaille dorénavant dans de la psychiatrie plus générale. Et pour autant, celle-ci accueille des personnes pour

lesquelles il y ait des notions de violence sexuelle, comme je vous disais un peu avant. Et dès qu'il soit porté connaissance dans l'équipe de cela, ou qu'il y ait rumeur à ce sujet, la prise en charge en équipe peut se voir limitée, voire lésée, par une méconnaissance ou des attitudes réticentes, rétives.

On pourrait alors questionner ce qui fait barrage à notre compétence, à notre capacité d'accueil en tant que professionnels soignants. Il se peut d'emblée qu'il soit question de représentations. Tout est presque comme si, dans tout accueil, dès que l'on vienne à apprendre que la personne devant nous aurait commis des actes délictuels à caractère sexuel, mythes et réalités pouvaient venir se confondre, engendrant des représentations bien négatives.

## **DES OBSTACLES À UNE POSITION SOIGNANTE**

Face à ce genre de personnes qui nous arrivent, et qu'il nous faut accompagner, ne pourrions-nous pas d'emblée questionner un manque de formation, voire juste d'information, déjà, qu'un soin puisse se faire avec cette population non habituelle ?

Le soignant peut ne pas être suffisamment préparé à accueillir la violence sexuelle comme symptôme, et dans pareil cas, il se fait surprendre par celui-ci et peut se retrouver dans une difficulté d'entendre la personne, se figeant sur ce qui caractérise cette dernière, ce qui fait stigmaté<sup>1</sup>. Une certaine catégorisation projective peut même se manifester, qui peut aller jusqu'à une position de clivage, voire de rejet.

Cette catégorisation projective trouve son origine dans la représentation qu'on peut se faire de la violence sexuelle, voire du sexe globalement, notion qui flotte entre l'intime et le tabou, avec toute la fantasmagorie qu'on peut chacun avoir, incluant peut être certains caractères violents, du moins dans notre inconscient. Nous semblons alors projeter sur l'autre, sur cette personne dont il est question, qui lui vient être catégorisé socialement avec cet intime, ce tabou exacerbé, notre propre peur par rapport à ce qui peut être refoulé en nous.

Mais il y a aussi la représentation sociale qui influe ces moments-là d'appréhensions avec la médiatisation, la figure du monstre moderne, ou celle du grand pervers narcissique pour qui aucun soin ne pourrait être mis en place, au prix d'être soi-même attaqué, perverti, détruit... Un acte d'où l'horreur émerge, les comportements agis, la violence qui accompagne ceux-ci, la non-considération de la personne victime, rendant difficile, voire impossible, une écoute soignante, à minima neutre et bienveillante.

De plus, le soignant peut se trouver parasité par la question du tiers judiciaire qui peut étiqueter la personne sur l'acte qu'elle a commis, qui peut imposer une option « radicale » de judiciarisation, et inclure le soignant dans celle-ci, comme s'il était un auxiliaire judiciaire, alors que sa fonction première est toute autre, dédiée au patient. Dès lors, il peut marquer des doutes sur ce qu'il va pouvoir travailler.

Un tiers sociétal jette encore un certain opprobre et étiquette ces personnes, au point d'aussi mal considérer ceux qui tentent de les prendre en charge. Tiers qui prône des temps d'incarcération de plus en plus longs, une surveillance plus accrue et des gages qu'elles ne récidivent pas, et par n'importe quel moyen, y compris des solutions médicales extrêmes. Cet opprobre social se voit accru dans le microcosme de société que constitue la prison, les détenus montrant du doigt les « pointeurs », agissant comme une véritable « chasse aux sorcières » et déléguant aux soignants de ne pas s'en occuper, ou de pratiquer d'autres « soins ».

Le soignant est également en face d'une difficulté de la personne elle-même, et notamment à prendre soin d'elle, à minima faire une demande de soin ou parler de ce dont elle souffre. Une non-demande de soins, ou à priori une rencontre rarement volontaire, en premier lieu certes mais aussi des caractéristiques psychologiques parmi lesquelles je voudrais juste citer des effets de déni et de clivage, des processus psychopathiques, avec précarité du narcissisme, prévalence de l'agir, face à la difficulté

---

<sup>1</sup> Goffman E., Stigmaté, Les usages sociaux des handicaps, Les Editions de Minuit, Le sens commun, Paris, 1975

de mentalisation, identification projective, relation d'objet ..., une tentative d'incorporation du soignant dans la confusion et/ou la complicité du déni, ou la tentative de rejet<sup>2</sup>,... Tout un ensemble de signes dont psychiatres et psychologues pourraient bien mieux vous parler que moi.

Il peut donc s'agir d'une intervention appréhendée du soignant et donc une attitude aussi qui peuvent se comprendre. En tout cas, l'amorce relationnelle n'est pas si évidente.

## **L'APPROCHE DU DR BALIER**

Certains soignants ont osé braver toutes ces appréhensions. C'est le cas du Dr Balier<sup>3</sup> et de l'équipe avec laquelle il s'est entouré dès la création du SMPR de la Maison d'Arrêt de Varcès. Je ne vais pas aborder l'ensemble de la théorie que le Dr Balier a insufflé dans le soin aux auteurs de violences sexuelles mais revenir sur la dynamique d'équipe qu'il a pu et su inspirer.

Au sein du SMPR, l'équipe infirmière avait, lorsque le Dr Balier y exerçait, un grand rôle dans les moyens thérapeutiques mis en place pour la population générale détenue. Il donnait à celle-ci une grande marge de manœuvre, et notamment au sein de l'hôpital de jour. Dans cette unité, chaque patient était accompagné par un couple d'infirmiers référents<sup>4</sup>, avec des temps réguliers de synthèse, d'intervention. Au préalable de ces temps de réunion, le patient faisait un bilan avec le psychologue de l'équipe.

En détention, incombait également aux infirmiers la mission d'accueil et de dépistage systématique de tout arrivant, d'une manière neutre et bienveillante, n'imposant rien, faisant simplement la proposition de la rencontre et de possibilités d'écoute à la demande.

Dans la fin de sa carrière, le Dr Balier s'est intéressé plus particulièrement à une catégorie de population pénale qui était de plus en plus incarcérée en nombre. Il s'est alors questionné sur ce qui se passait entre la présentation si taciturne de celle-ci et les actes qu'elle pouvait commettre. A l'instar de ce qu'il avait pu commencer de faire avec des personnes toxicomanes peu enclines elles non plus à demander des soins, il a essayé d'approcher cette population. L'élaboration d'une grille d'entretien plus singulière aux auteurs de violence sexuelle qu'il a pilotée a permis d'amorcer un accueil dans un soin à la personne et de légitimer un cadre de soin qui la prenne dans sa globalité.

Cela a permis entre autres de penser un abord psychodynamique du soin<sup>5</sup> et d'imaginer des stratégies de soin, en équipe ; aidant peu à peu le patient à se comprendre et à prendre soin de lui et surtout à voir naître une certaine amorce de son désir d'évolution.

Et cette expérience, tout comme les recommandations qui s'en sont découlées, s'est particulièrement fondée au temps du travail sous la direction du Dr Balier, avec le grand concours de l'équipe infirmière, ce qui a permis à celle-ci d'aborder les auteurs d'agressions sexuelles très précocement dans leur temps d'incarcération. L'infirmier, par cette approche, a donc appris comment aborder ces personnes, à médiatiser ses propres appréhensions, à pouvoir ne pas être malmené par la rencontre.

Il est donc apparu, dans l'approche thérapeutique de ces patients, certaines notions alternatives d'un suivi classique :

- Une position de suivi active, sans attendre la demande
- Un travail d'étayage

---

<sup>2</sup> Ciavaldini A. (2000) : *Attitude psychique du soignant dans la pratique thérapeutique avec le délinquant sexuel*, in Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, sous dir. Ciavaldini A. et Balier Cl., Paris, Éd. Masson, col. Pratiques en psychothérapie, pp.105-116.

<sup>3</sup> Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents, une pathologie de l'inachèvement*. Coll. le Fil Rouge. PUF. Paris, 1996

<sup>4</sup> Balier C., *Les infirmiers(ières) ont-elles une âme ?*, Journées Nationales des SMPR, Grenoble 1992

<sup>5</sup> Balier C., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, La Documentation Française <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//984000637/0000.pdf>

- Un travail que j'appellerais de ré-expérimentation relationnelle en complémentarité d'une psychothérapie,
- Un soin groupal à privilégier ...

Sont maintenus encore aujourd'hui de nombreux aspects de cette dynamique infirmière : l'accueil et le dépistage, l'amorce relationnelle dans le soin, la possibilité d'utiliser le QICPAAS, ce questionnaire singulier aux AVS que je citais, les suivis en référence de soignants ...

Néanmoins, l'équipe a été étoffée par d'autres psychologues et d'autres dynamiques de soin au fil des années, priorisant un côté plus institutionnel de l'hôpital de jour, et des dispositifs en détention plus dévolus aux psychologues, ce qui a demandé et demande toujours de penser la place de l'infirmier en complémentarité.

## **LA PLACE À AFFIRMER DE L'INFIRMIER**

Je le disais parallèlement en préambule, dans la société, l'infirmier n'est pas nommé officiellement dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, à la différence des médecins et psychologues qui sont cités comme traitants.

Pour autant, dans les dispositifs publics de soins, il travaille avec ces derniers. Il peut apporter une relation de terrain complémentaire, voire même bénéfique dans la stratégie thérapeutique qui doit se créer avec de telles personnes en si grande difficulté de prendre soin d'elles-mêmes.

Quand bien même il s'inscrive, et se doive de le faire, dans un travail d'équipe, le professionnel infirmier conserve un certain rôle pivot, une place réellement singulière dans le dispositif, ce que je vais tenter de décrire maintenant.

Comme l'a reconnu le Dr Balier, tout comme dans les dispositifs que j'appellerais « classiques » de psychiatrie institutionnelle, l'infirmier peut offrir une approche du soin assez intéressante. D'emblée, il bénéficie d'une représentation positive par le patient. Il est ainsi reconnu assez facilement aux infirmiers des qualités pour tisser des liens de confiance fondés sur le respect de la personne, que souligne Walter Hesbeen : chaleur, écoute, disponibilité, simplicité, humilité, authenticité, humour, empathie<sup>6</sup>.

Il offre d'emblée une position d'accueil et d'écoute, notamment dévolue à sa permanence et sa proximité. Ces notions donnent un apanage de possibilités d'accueillir le sujet patient dans la difficulté de faire des demandes ou d'entrer en relation. Ainsi il peut se présenter à ce personnel soignant sans demande formulée, ou avec quelque chose de déplacée sur un problème somatique. Un bobo sans vraiment d'importance si ce n'est l'importance donnée à ce que le soignant fasse attention particulière, accueille le patient dans un temps singulier et occasionne de la réassurance.

Il est en de même pour un ressenti psychique, ne serait que celui que le patient vient exprimer à l'infirmier à défaut de pouvoir le dire au médecin, du fait de son absence, ou de la difficulté de parler à celui-ci. Il se peut aussi que cela soit fait dans l'espoir de voir sa verbalisation transmise au médecin. Mais bien souvent, ce qui peut soulager le patient, c'est de pouvoir le dire à quelqu'un en qui il peut porter sa confiance.

L'infirmier intervient par ailleurs de multiples manières auprès du patient : nursing, distribution de médicaments, divers soins, temps d'écoute et/ou relation d'aide, activités occupationnelles, soins prescrits, activités thérapeutiques, suivis de référence, etc. Tous ces différents moments et places donnant lieu à de l'échange relationnel. Et, je dirais, il fait tout cela avec une attitude égale, suffisamment congruente avec lui-même, sur laquelle le patient peut se fier et se sentir mobilisé pour prendre soin de lui.

---

<sup>6</sup> Hesbeen W., In Blondeau D., Ethique et soins infirmiers, Presses de l'Université de Montréal, 1999

Car, si l'on associe facilement la relation infirmière à l'idée de soin, et que le l'on nomme aussi facilement ce professionnel un soignant, il me semble qu'il n'y ait qu'un pas, dans ces circonstances, pour l'associer à une idée de relation parentale. L'empathie du soignant donne bien la profondeur de la relation qui se met en place. La maladie est une épreuve qui entraîne de la peur et de l'anxiété ; une des missions du soignant est de rassurer et de reconforter le patient, comme le ferait justement un parent, de suppléer aux besoins du patient et surtout de l'accompagner dans le vécu de sa maladie<sup>7</sup>.

C'est également un peu offrir au patient un cadre sécurisant dans lequel ce dernier peut se permettre d'être un peu dépendant, assisté. Cela agit comme une régression qui puisse éventuellement permettre au patient de laisser se dissiper la crise qu'il vit, s'en remettre et continuer d'avancer.

Même quand l'infirmier n'est pas directement sollicité à une fonction, sa proximité du patient dans son quotidien permet une multitude d'observations de l'expressivité de ce sujet, parfois en grand décalage avec ce que ce dernier peut dire dans ses entretiens. Cette expressivité, qui peut être reprise et mise en mot par le corps soignant, peut permettre d'entrevoir peu à peu ce que le patient a du mal à voir de lui-même, notamment dans sa difficulté avec ses affects, et tout cela constitue une aide véritable à la thérapie.

Qu'importe donc la manière et/ou le média par lesquels le soignant mobilise la relation avec le sujet patient, il s'agit assurément d'une expérimentation pour celui-ci d'être quelqu'un dans le regard d'un autre.

Toute cette position de soignant de proximité permet une véritable relation d'étayage, que le Dr Balier et d'autres ont mise en exergue, dans l'approche clinico-théorique de cette population ; relation d'étayage que je dirais renforcée par une représentation « maternante » qu'offre l'infirmier.

Pour autant, pour qu'il puisse participer aux stratégies de suivi proposées dans le cadre thérapeutique, il est nécessaire que ce soit consenti par l'encadrement de l'équipe. Un tel accord d'un rôle infirmier se retrouve très traditionnellement dans le soin institutionnel dès lors qu'il y ait des symptômes de pathologie psychiatrique. L'observation infirmière est transmise, soumise, aux médecins et psychologues pour venir conforter la prise en charge. Ce peut être pensé pareillement auprès de la population ici décrite dans le cas où il y ait une pathologie connexe.

Mais, que faisons-nous lorsque rien ne préfigure de troubles, ou alors de troubles relationnels, de troubles de personnalité, d'états limites ou de psychoses blanches ou froides, ... ? Déjà, face à ce type de troubles, la psychiatrie classique trouve ses limites dans la prise en charge. Là, il est à penser une stratégie de soin différente, d'autant plus que le patient affecté par ce type de troubles ne soit pas demandeur lui-même d'un soin, sinon incité pour répondre de son suivi judiciaire.

Que peut-on alors proposer, en face de la personne, qui se présente au dispositif de soin avec ces notions ?

## **DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE INSTITUTIONNEL**

Il est vrai que j'expose dans ces lignes un contexte de travail de l'infirmier très en place, inscrit depuis bon nombre d'années au SMPR, au sein duquel existe une unité fonctionnelle dédiée aux auteurs de violences sexuelles, unité qui réunit l'ensemble des soignants, y compris infirmiers qui en prennent en charge.

Même si cette unité s'est élargie aux auteurs de violence en général, il n'en demeure pas moins qu'elle offre l'intérêt que ces suivis puissent être discutés entre soignants.

---

<sup>7</sup> Gintz C.A., La profession infirmière et la reconnaissance, Mémoire de Master Ethique, vie normes et société, [http://ethique-alsace.unistra.fr/fileadmin/upload/DUN/ethique/Ressources\\_doc/Cl\\_-A\\_Gintz-Memoire.pdf](http://ethique-alsace.unistra.fr/fileadmin/upload/DUN/ethique/Ressources_doc/Cl_-A_Gintz-Memoire.pdf)

Il s'agit d'un cadre de travail institutionnel qui dépasse la notion d'importance d'équipe. Il s'agit plutôt d'une façon de travailler ensemble, de travailler de conserve. Pour l'image, cette expression « de conserve » vient d'un terme de la marine, décrivant que deux ou plusieurs voiliers voguent dans la même direction, soient assez proches pour faire « corps », sans qu'aucun ne gêne la prise au vent pour les autres.

Pour ne citer que le même dispositif, l'UFAAS, devenue UFAV, il est pareillement fait pour des suivis de personnes sur le modèle de l'hospitalisation au SMPR, modèle originel d'équipe de référence organisée sous l'égide du Dr Balier, autant que pour des suivis en ambulatoire en détention. Ces suivis doivent être pensés en équipe, tel qu'il est préconisé. Je vais y revenir.

A l'instar des suivis en ambulatoire de l'UFAV, dans des équipes moins étoffées, il est autant possible de penser un cadre de travail institutionnel qu'importe. En détention, j'ai pu suivre des patients, comme d'autres infirmiers, avec un autre soignant en parallèle, médecin en priorité, psychologue en complément.

J'ai également eu une expérience en Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires d'un Centre de détention, au sein de laquelle je recevais bon nombre d'Auteurs de Violences Sexuelles. Pour la plus grande majorité d'entre eux, un bilan se faisait périodiquement avec le médecin responsable. Pour certains, le suivi était complété par une co-thérapie avec une collègue psychologue, co-thérapie par laquelle le patient été reçu en alternance.

Ce cadre de suivi, maintenu sous couvert du médecin, fait que tous patients puissent être éventuellement présentés et discutés en réunion d'équipe. Un cadre bien défini qui s'insère dans le premier et le complète de manière bien singulière.

Il peut donc simplement suffire une concrétisation d'une équipe de référence. Après il s'agit de penser, dans cette équipe de référence, un objectif thérapeutique, un cadre avec un projet de soin pour le patient qui soit réellement porté et garanti par le médecin, et auquel adhère l'équipe de référence, mais qu'aussi le reste de l'équipe respecte.

## **DU TRAVAIL PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EN ÉQUIPE**

C'est en effet l'essentiel qu'il me semble à retenir de ces différentes pratiques, cette notion de cadre qui soutienne le suivi, qui vienne au mieux le faire évoluer.

Ce cadre, ce cadre de soins, c'est un cadre de pensée, mis en face de situations ou de relations bien souvent sidérantes, ou de patients bien souvent maintenus dans un torpeur qui lèse ou empêche le soin. Et l'apport d'un investissement de la relation par un rôle infirmier peut montrer des bénéfices.

Par l'expérience du QICPAAS, ou celle, à minima d'un questionnaire d'accueil tel que nous le pratiquons en détention à chaque entrée, voire de l'instauration d'un suivi de référence au début d'une hospitalisation au SMPR, l'accueil infirmier permet de recevoir la personne dans son intégralité et de lui proposer de vraiment pouvoir parler d'elle, et pas seulement de l'acte qu'elle a pu commettre.

Cet accueil n'augure pas obligatoirement d'un suivi, mais la personne prend connaissance qu'elle peut avec moins de réticences aller vers le soin. Elle sait que si elle vient, elle peut trouver écoute, attention. Mais elle ne peut s'imaginer au départ qu'elle puisse éventuellement évoluer par ce suivi dans un cadre de soin réellement contenant.

Une grande majorité des personnes que nous rencontrons et auprès de qui nous apprenons qu'elles ont commis des infractions à caractère sexuel, se sont murées dans une certaine torpeur, avec une grande honte par rapport à ce qu'elles ressentent et ce qu'elles agissent. Pour autant, leur présentation ne laisse pas voir cela de premier abord, car ce sont pour la plupart des personnes qui s'adaptent très bien, mais ce n'est qu'en surface. Face à leurs actes, elles sont démunies et renfermées.

La plupart semble même se satisfaire d'être arrêtée, se situant dans une répétition incoercible d'agissements.

La prison, tout comme le cadre judiciaire, offre un cadre contenant, par la mise à l'écart d'éventuels autres actes, par ses murs, ses règles, ses interdits ; mais cadre qui peut être trop rigide, qui ne puisse permettre au sujet qu'une seule confrontation, je dirais, à lui-même. Ce peut être également un contexte que le sujet ressent tellement violent, ce qui peut renforcer son renfermement sur lui-même.

Je parlais d'un cadre thérapeutique, qui se mette en face de ces vécus et qui permette aux patients de peu à peu se confronter à la relation à l'autre sans que ce soit angoissant, voire générateur de difficultés dans lesquelles ils puissent se retrancher, souffrir et/ou agir de nouveau des comportements dangereux.

Le patient peut s'appuyer sur un tel cadre, quand l'équipe fonctionne de manière suffisamment cohérente, qu'elle devienne ainsi contenante<sup>8</sup>. Je reprendrais l'expression de travail de conserve, pour exprimer qu'elle n'ait pas besoin de tenter d'être parfaite. C'est peut être son hétérogénéité qui fait sa valeur, tant que tous aillent dans la même direction, le patient pouvant investir la relation différemment avec chacun. Claude Balier disait souvent à ce sujet que « *Tout ce qui se passe de plus fondamental dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est dans ce qui se communique en équipe* » et l'exprimait dans plusieurs de ses articles<sup>9,10</sup>.

Il se met ainsi en place un cadre de pare-excitation, qui aide le patient à peu à peu se confronter à la relation à l'autre. Il peut progressivement externaliser ce qui lui est intime et souffrant, en constatant de lui-même que ce qu'il verbalise ou joue par des projections ne détruit pas cet autre auquel il s'adresse. Ce mouvement incombe beaucoup au rôle maternant des infirmiers, venant protéger le patient de ses excitations internes violentes, et de ses ressentis d'effondrement psychique qui bien trop souvent l'ont mis dans l'agir violent externe<sup>11</sup>.

Mais ce mouvement ne pourrait pas réellement se faire s'il ne se situait que dans une relation duelle soignant-soigné. Le fait qu'il y ait plusieurs soignants dans la relation de soins introduit la notion de tiers, tiers qui permet d'éviter des relations fusionnelles, confusionnelles, symbiotiques. D'autant plus, les soignants référents ont la capacité de se parler entre eux, d'évoquer entre autres ce qu'ils ressentent en contre-transfert, à minima en contre-investissement. Cette notion de travail d'équipe leur permet à chacun de sortir des attaques projectives que peut jouer le patient, ou les attitudes de recherche de compassion et/ou de complicité de déni<sup>12</sup>.

Et tout ce travail multifactoriel, dans ce qu'il permet de dépasser ce qui pourrait se jouer par violence, permet peu à peu de faire évoluer la personne, et l'engager dans de l'inter-relationnel.

On peut imaginer qu'il puisse en être de même au sein d'un CMP, où le cadre thérapeutique se met très facilement en place par des équipes de référence pour chaque suivi. Il est aisé d'imaginer que cela puisse se faire de même pour mettre en place un suivi d'un auteur de violence sexuelle qui vient avec une notion d'obligation de soins.

Et ce n'est pas le cadre judiciaire qui va discuter l'organisation de ce dispositif. Pour autant, un tel dispositif soutient un soin qui permette à la personne de pouvoir évoluer, parler d'elle peu à peu et éventuellement s'amender, d'abord au sens littéraire. Si le soin est indépendant au judiciaire, il n'en demeure pas moins qu'il soit convoqué par ce dernier aider la personne. Et sans ce cadre, le soin pourrait peut être ne pas se faire, se mettre en place.

Pour expliquer au mieux cette indépendance, et pour autant cette relation nécessaire, je vais maintenant évoquer ce cadre judiciaire.

<sup>8</sup> Emeraud P.Y., Travail d'équipe en milieu pénitentiaire, Santé Mentale, n°64, janvier 2002, p. 60-65

<sup>9</sup> Balier C., Les bases d'une relation thérapeutique, <http://www.artaas.org/documentation/basesCB.pdf>

<sup>10</sup> Balier C., Les infirmiers(ières) ont-ils(elles) une âme ?, op.cit.

<sup>11</sup> Emeraud P.Y., Travail d'équipe en milieu pénitentiaire, op.cit.

<sup>12</sup> Ciavaldini A. (2000) : Attitude psychique du soignant dans la pratique thérapeutique avec le délinquant sexuel, op.cit.

## DU TRAVAIL DANS LE CADRE JUDICIAIRE

Nous avons affaire à une population qui ne viendrait pas d'elle-même demander accompagnement par le dispositif psychiatrique. Elle vient parce qu'elle y est contrainte et que le dispositif psychiatrique offre une gratuité des soins. Cette contrainte, c'est notamment une injonction de soins. Mais cela ne veut pas dire pour autant que nous devenons par ce biais des auxiliaires judiciaires. C'est seulement le sujet qui est obligé de venir vers le soin, mis probationnaire par un jugement.

Le cadre judiciaire, et précisément la loi du 17 juin 1998, donne vraiment la notion d'une articulation si soin il y a, secondairement à une indication expertale, du soin avec la justice, et pour autant la singularité l'indépendance des deux espaces ; leur relation bien distincte qu'elle garantit notamment avec la fonction intermédiaire du médecin coordonnateur.

Le judiciaire forme un tiers externe qui incite le probationnaire à suivre ses obligations et interdictions. Celles-ci sont théoriquement bien explicitées par le jugement et le suivi socio-judiciaire requiert l'assentiment de la personne jugée. Il n'y a pas que des obligations en matière de soins, le sujet pouvant être contraint sur des éléments très divers.

Cette loi a été élaborée à la suite de plusieurs commissions d'étude, notamment le rapport de recherche émis par le Dr Claude Balier<sup>13</sup>. Le législateur souhaitait une loi qui puisse au mieux s'occuper de ceux pour qui une peine de prison ne permet pas d'amendement réel qui puisse éviter de la récidive. Il suscitait qu'un soin puisse se faire dès la prison, et instituait une peine complémentaire de suivi socio-judiciaire, comme un suivi au décours de la prison. Pour lui, une hypothèse se faisait qu'on puisse réduire la récidive en mettant en place une prise en charge socio-éducative avec des soins appropriés.

Il n'y a pas de réelles obligations de soins en France pendant le temps d'emprisonnement. Le JAP peut simplement faire des incitations dans le cadre des suivis socio-judiciaires encourus. Une incitation tierce qui laisse quand même un certain choix à la personne, mais qui provoque un peu les choses.

Cette loi s'appuie beaucoup sur le dispositif de psychiatrie publique, notamment sur celui qui existe depuis nombre d'années dans le milieu pénitentiaire, dans ce qu'elle se prête assez bien, malgré des adaptations particulières, à la réponse sociétale aux infractions à caractère sexuel. Ses atouts sont :

- Une capacité de réponse précoce dans le temps judiciaire en milieu pénitentiaire, par le dépistage systématique de tous les entrants
- Des équipes pluridisciplinaires qui s'impliquent à travailler ensemble, mais aussi en partenariat avec le milieu dans lequel elles travaillent, dans les limites de leur indépendance
- Le relais que celle-ci peut mettre en place avec le réseau lors de la sortie

Il me semble important que des soins puissent être débutés en prison, et que cette incitation tierce s'avère nécessaire. Simultanément, le sujet est sollicité pour s'amender, et il fait connaissance avec le soin, et l'indépendance, l'individualisation à lui-même de celui-ci. L'incarcération est un moment critique dont le sujet souffre, d'autant plus s'il est stigmatisé. Un moment éventuellement déclencheur de manifestations psychosomatiques et psychiatriques, à minima de souffrance. C'est donc peut être un moment potentiellement propice à un soin.

A ce moment-là, c'est justement souvent un infirmier qui vient s'enquérir de lui, de comment il va, et qui le fait de manière désintéressée, délié du cadre et pénitentiaire et judiciaire, qui ne le juge pas sur ce qu'il a fait mais qui s'attarde sur qui il est un peu. De plus, un professionnel qui fait une proposition de se revoir sans mettre d'obligations. Le détenu peut ne pas en tenir compte, il sera sollicité à nouveau par les services pénitentiaires d'insertion et de probation, et/ou le juge d'application des peines. Peut être qu'à ces moments se souviendra-t-il de l'accueil désintéressé soignant et prendra-t-il la décision de contacter à nouveau le service de soin.

<sup>13</sup> Balier C., Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels, La Documentation Française, op.cit.



Pour préparer sa libération, il devra également montrer qu'il fait tout pour évoluer. Le Juge d'application des peines se souciera à nouveau du suivi psychologique, d'autant plus s'il y a une injonction de soin à la clé, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, ou que le sujet ait demandé un aménagement de fin de peine ou souhaite bénéficier de ses remises de peines et doive éventuellement assumer une obligation de soins dans ce temps de maintien sous le regard judiciaire. Les aménagements judiciaires seront mieux acceptés que tout aura été mis en place et notamment le soin.

À l'extérieur, les mesures de soins obligés sont pareillement bien règlementées, et le lien entre le soin, le judiciaire et le social, c'est le patient probationnaire au centre, avec ses attestations de soin, le temps de la mesure, et la façon dont il peut peu à peu montrer, verbaliser qu'il évolue<sup>14</sup>.

On peut penser les choses similairement lors d'une sortie de prison. Le sujet est tout aussi à un moment critique, désemparé d'être à la fois dans le dénuement, le vide social. Notre auteur de violences sexuelles a en effet le plus souvent en effet beaucoup perdu par cette incarcération, le voile ayant été levé sur ses agissements et l'entourage s'étant la plupart du temps éloigné, en plus d'une stigmatisation fréquente. Il a à reconstruire sa vie, et, parallèlement, doit pouvoir prouver qu'il s'en sort.

Même avec la meilleure organisation possible de sa sortie, on se situe bien trop souvent dans l'utopie, la sortie restant quasi toujours bien difficile, pleine d'imprévus, d'imprévisibles. Peut être que le soin, par la politique de travail en réseau, peut au moins assurer un lien avec le patient-probationnaire, et surtout un lieu, un cadre dans lequel il sache trouver écoute bienveillante, étayage, et cadre propice à continuer à prendre soin de lui, malgré tout.

## DU TRAVAIL DANS LE TEMPS

Il faut laisser le temps au sujet de prendre soin de lui, il n'y a que cela qui soit le garant d'une évolution positive, le temps de peu à peu prendre le choix de décider sa vie, une vie déliée de ses souffrances.

Je vais reprendre un propos de Sophie Baron-Laforêt<sup>15</sup>, celui d'un soin qui va bien au-delà de tenter de réduire le trouble de comportement, qui vise « à l'évolution de la personne, son bien-être, sa capacité de choisir sa vie ».

L'amendement de ces personnes ne passe pas que par du soin seul, il faut aussi un accompagnement social, une ré-insertion, un retour dans le camp des hommes, dans lequel le sujet peut reprendre une place. Et tout comme je le décrivais du travail en équipe soignante, cette ré-insertion ne peut être le fruit que d'un cadre progrediant et contenant, conditionné d'une relation entre les différents protagonistes, dans la limite de leur discrétion professionnelle et, pour ce qui concerne les soignants, la notion de secret médical<sup>16</sup>.

Les suivis socio-judiciaires sont assez longs, ils ne tiennent pas vraiment compte de l'évolution psychique du sujet probationnaire. Suivant cette évolution, il faut savoir adapter le suivi psychothérapique, mais aussi savoir, si le patient est d'accord, le maintenir comme un repère, un endroit où il peut venir déposer. Il faut vraiment un temps humble et humain, par lequel il faut faire confiance à la capacité de tout homme d'évoluer.

De toutes manières, la révocation du suivi socio-judiciaire, tout comme la notion de réincarcération voire de rétention de sûreté, peuvent faire comme des épées de Damoclès ; le sujet le

<sup>14</sup> Ciavaldini A., Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur de violence sexuelle, <http://www.artaas.org/documentation/MarseilleARTAAS2009Ciavaldini.pdf>

<sup>15</sup> Baron-Laforêt S, In Balier C, Ciavaldini A. & coll, Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Masson, Pratiques en psychothérapie, Paris, 2000

<sup>16</sup> Ciavaldini A., Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé, In Sassolas M. et coll., Conflits et conflictualité dans le soin psychique, Eres, Hors Collection, 2008, p. 77-92

sait, voire l'appréhende. Mais pour autant ne s'agit-il pas pour lui d'une réappropriation de la loi, à la fois externe et interne.

Deux études nord-américaines<sup>17-18</sup> fort intéressantes sur la « non-récidive », évolution positive de la population à laquelle on s'adresse, dont je trouve qu'on ne parle jamais assez, montrent bien que ceux qui réussissent à ne pas rechuter font des choix pour leur vie, choix d'adaptation et d'aménagement de leurs ressentis. Ces études montrent aussi que cette évolution n'est pas dévolue réellement aux soins, mais plutôt réellement à cette capacité d'aller en avant, d'évoluer que la personne peut peu à peu acquérir.

## CONCLUSION

Par cette intervention, j'ai tenté de montrer qu'un soin infirmier est possible avec les auteurs de violence sexuelle. Il est certes moins officiel, mais il agit dans une véritable relation d'étayage des patients, support d'une amorce relationnelle.

Il constitue un apport véritable dans une prise en charge par une équipe au bénéfice de tels sujets qui présentent des difficultés pouvant aller jusqu'à la violence, dans leurs limites, dans leur relation à autrui, et même dans leur altérité que ne pourrait faire un thérapeute seul. La position soignante de l'infirmier présente des bénéfices dans le suivi psychothérapique de ces personnes, et même si celle-ci ne peut paraître qu'accessoire au suivi, elle permet un réel matériel de confrontation à la réalité et à la relation interhumaine.

L'infirmier, par sa proximité et sa façon de dispenser un soin, investit le patient dans une relation de proximité. Il opère un certain partage affectif et subjectivant. Néanmoins, il ne peut que s'exercer dans un cadre bien défini, dans un projet porté par une équipe toute entière, dans un cadre solide, contenant, pare-excitant. Ce projet porté par l'équipe permet un véritable cadre de soin bénéfique au patient, lui laissant faire l'expérience relationnelle et retrouver une place de sujet

Ce projet me semble réellement possible que suscité par un cadre tiers, un cadre externe, qui enjoint au sujet de venir vers le sanitaire, de rencontrer des personnes avec qui il tente de prendre soin de lui. Sans cette injonction, il n'y aurait pas de réel impact, le sujet s'étant adapté la plupart du temps jusque là avec ses troubles

Ce projet ne peut être perçu comme un réel outil dans la lutte contre la récidive des infractions à caractère sexuel. Néanmoins il y participe en s'intéressant au plus près de l'humain, et accompagne particulièrement celui-ci à progressivement mieux entrevoir ses limites, son bien être et sa liberté de choisir sa vie.

---

<sup>17</sup> Rossi C., Cusson M., Propos d'agresseurs sexuels sur leur cheminement, in Revue Internationale de Criminologie et de police technique et scientifique, volume LXII, octobre-décembre 2009, p.280-300, [http://theseas.reseaudoc.org/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=633](http://theseas.reseaudoc.org/opac/doc_num.php?explnum_id=633)

<sup>18</sup> Rossi C., Cusson M., Cesse-t-on d'agresser sexuellement à cause du traitement ou de stratégies de compensation ? Approche qualitative et typologique, in Revue Internationale de Criminologie et de police technique et scientifique, volume LXII, octobre-décembre 2009, p. 301-318, ibid