ENSP
ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

LES CRIAVS : « LES CENTRES DE RESSOURCES POUR LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES »

– Groupe n° 4 –

- **Elisabeth BERNARD**
- **Aude BELANGER**
- **Hélène BRUN**
- **Hélène FAUSSER**
- **Virginie GALL**
- **Mélanie GOUPIL**
- **Tiphaine LACAZE**
- **Philippe LAPERLE**
- **Isabelle MONNIER**
- **Véronique SCHMIT**

Dr Juliette DANIEL

Sommaire

Introduction **1**

1 Le contexte actuel de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles **4**

1.1 Le cadre légal de la prise en charge des AVS **4**

1.1.1 La prise en charge en milieu fermé 4

1.1.2 La prise en charge en milieu ouvert 4

1.2 Les propositions récentes d'amélioration de la prise en charge des AVS **6**

1.2.1 Une première réflexion menée : la Conférence de consensus 6

1.2.2 Une volonté politique affichée : le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005 - 2008 et la circulaire du 13 avril 2006 7

1.3 Un appui pour les réseaux de prise en charge : les CRIAVS **8**

1.3.1 La création des CRIAVS 8

1.3.2 La genèse du CRIAVS Bretagne/ Pays de la Loire 9

2 Etat des lieux : attentes et difficultés des professionnels **10**

2.1 Méthodologie **10**

2.2 Résultats de l'enquête menée auprès des professionnels **11**

2.2.1 Les difficultés liées à la prise en charge des AVS 11

2.2.2 Les attentes des professionnels vis-à-vis du CRIAVS 16

3 Axes de propositions pour le fonctionnement du CRIAVS Bretagne/ Pays de la Loire **20**

3.1 Les missions du CRIAVS : déclinaison opérationnelle **20**

3.1.1 Une interface entre mondes sanitaire et judiciaire 20

3.1.2 Un centre de formation reconnu 21

3.1.3 Un lieu de soutien et de recours 21

3.1.4 Un lieu de questionnement éthique et de recherche 22

3.1.5 Un centre de documentation et d'information pour les professionnels 22

3.2 La mise en place du CRIAVS : se structurer et se faire connaître **23**

Conclusion **25**

Bibliographie **26**

Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe

Remerciements

L'ensemble du groupe tient à remercier :

- son animatrice, le Docteur Juliette DANIEL, pour nous avoir guidé dans la réalisation de ce travail,
- l'ensemble des professionnels rencontrés[1] pour le temps qu'ils nous ont accordé lors des entretiens et le partage de leur expérience sur cette thématique spécifique, ceci dans les délais courts que nous avons dû leur imposer.

[1] *Cf.* Liste nominative en Annexe I

Liste des sigles utilisés

AMM **:** Autorisation de mise sur le marché

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARTAAS : Association de recherche et de traitement des auteurs d'agressions sexuelles

AVS : Auteur de violences sexuelles

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIP : Conseiller d'insertion et de probation

CMP : Centre médico-psychologique

CRIAVS : Centre de ressources interrégional pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DU : Diplôme universitaire

ENAP : Ecole nationale d'administration pénitentiaire

ETP : Equivalent temps plein

GCS : Groupement de coopération sanitaire

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

JAP : Juge d'application des peines

MIRA : Médecin inspecteur régional adjoint

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEP : Programme d'exécution de peine

SMPR : Service médico - psychologique régional

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSA : Unité d'hospitalisation spécialement aménagée pour détenus

UHSI : Unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale

URML : Union régionale des médecins libéraux

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Introduction

Reflet d'une préoccupation émergente de la société, la Fédération française de psychiatrie a souligné, au cours de sa Conférence de consensus de 2001, l'urgence d'une réflexion sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. On constate en effet une augmentation régulière des crimes et délits sexuels jugés par les tribunaux, avec une hausse sensible au cours de la dernière décennie. En 25 ans, le nombre de personnes incarcérées à ce titre a été multiplié par 8, passant de 1118 en 1980 à 8670 en 2005. Par ailleurs, élément nouveau, le nombre d'auteurs d'agressions sexuelles mineurs est en augmentation. La part des mineurs dans les personnes mises en cause pour viol est ainsi passée de 21% en 1995 à près de 30% en 1999. Désormais, la délinquance sexuelle constitue la première cause d'incarcération dans notre pays, les personnes condamnées pour ce type de violences représentant plus de 20% de la population pénitentiaire.

Un certain nombre d'éléments expliquent cette évolution : la facilitation du dépôt de plainte, la meilleure prise en considération des victimes, l'attention portée à la maltraitance des mineurs et des personnes vulnérables[2], le rôle des mouvements féministes et enfin la forte médiatisation de la question. De l'affaire des « Disparues de l'Yonne » au procès d'Outreau, les récentes affaires médiatiques soulignent toute la gravité des faits incriminés ainsi que le caractère inacceptable des récidives. Elles relaient par ailleurs une réalité : les violences sexuelles sont parmi les délits les plus réprouvés par la population. Dès lors, ce thème constitue une des priorités des pouvoirs publics.

D'ores et déjà, le législateur et l'institution judiciaire ont entrepris une politique de répression accrue de ces crimes et délits par le biais notamment d'une aggravation des peines encourues, des peines prononcées et appliquées et du report de la prescription en matière d'agressions sexuelles sur mineur. A cet égard, la France fait partie des pays les plus répressifs en Europe. Globalement, on note qu'en l'espace de 10 à 15 ans, les peines prononcées sont significativement plus lourdes, passant de 7 ans en moyenne à des condamnations comprises entre 12 à 14 ans. Il est également intéressant de souligner que, pour des violences de même nature, les femmes se voient infliger des

[2] Circulaire n° 265-2002 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales (obligation de signalement pour mineur de 15 ans ou personne particulièrement vulnérable, exemption du secret professionnel et protection des témoins)

peines plus sévères que celles de leurs homologues masculins. Les jurys d'assises, sans doute influencés par le mythe de la mère protectrice, sont le reflet de l'opinion publique.

Si les auteurs de violences sexuelles (AVS) sont souvent dépeints comme des pervers sexuels récidivistes, la réalité est à la fois plus complexe et moins sensationnelle. Ces sujets, masculins dans 98% des cas, ont en commun d'avoir commis *« tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail »*[3]. La récidive des AVS est moins fréquente que celle d'autres types de détenus (le taux de récidive pour les viols est de 1,8% contre 14,7% pour les vols aggravés) mais l'impact social et émotionnel qui en découle tend à éclipser cette réalité statistique.

Ce sujet renvoie nécessairement à des considérations morales et éthiques. La prise en charge des AVS demande de faire un choix de société oscillant entre prévention et répression. Citoyens et professionnels partagent les mêmes questionnements : faut-il, à titre préventif, priver de liberté des personnes susceptibles de passer à l'acte ? Que fait-on pour prévenir une récidive ? Quelle évaluation de l'état psychiatrique de l'AVS est réalisée ?

Au-delà de ces questions, des difficultés concrètes apparaissent dans la prise en charge des AVS. La faible sensibilisation des professionnels de santé face à cette problématique émergente ainsi que le cloisonnement entre les administrations sanitaire et judiciaire en témoignent. Face à la complexité de la prise en charge de cette population spécifique, la circulaire du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des AVS et à la création de centres de ressources interrégionaux insiste sur *« l'intrication des champs santé et justice (…) [qui] provient à la fois du types d'actes commis (…) et de l'éventualité de troubles psychiques à l'origine ou associés à ces passages à l'acte, ainsi que d'une absence fréquente de demande de soins des auteurs »*[4].

Comment dès lors accompagner l'amélioration de la prise en charge des AVS ? En application du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005 - 2008, la circulaire du 13 avril

[3] Définition de l'OMS

[4] Circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux. *Cf.* Annexe II

2006 planifie la création de Centres de ressources interrégionaux pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS). A la suite d'un appel à projet pour lequel il s'est porté candidat, le CHU de Nantes a été retenu pour être le siège du CRIAVS en charge des régions Bretagne/ Pays de la Loire. C'est dans le cadre de ce projet que se situe notre travail, supervisé par Madame DANIEL, Médecin inspecteur régional adjoint à la DRASS des Pays de la Loire, pilote du projet pour le compte de l'ARH. Deux objectifs nous ont été clairement précisés : recueillir le point de vue des différents professionnels puis proposer des modalités concrètes d'organisation du centre de ressources.

Après avoir analysé le contexte juridique et historique de la prise en charge des AVS (I), nous nous sommes attachés à restituer les expériences de différents professionnels concernés et leurs attentes eu égard à la mise en place du CRIAVS (II). Dans un troisième temps, nous avons formulé des propositions opérationnelles relatives aux modalités de mise en œuvre du CRIAVS, au regard des limites induites par les moyens alloués. Ces propositions prennent également en considération les aspects réglementaires relatifs aux missions des CRIAVS (III).

1 Le contexte actuel de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

L'évolution de la prise en charge des AVS est fonction à la fois du cadre légal, des réflexions engagées – notamment au plan politique – et des actions menées.

1.1 Le cadre légal de la prise en charge des AVS

Il faut distinguer le cadre légal régissant le traitement des auteurs de violences sexuelles en milieu carcéral et en milieu ouvert.

1.1.1 La prise en charge en milieu fermé

Différentes modalités de prise en charge sont possibles en fonction de la gravité des troubles et des moyens en personnel et en structure alloués. Au sein des établissements pénitentiaires, on distingue quatre types de prise en charge :

- Une prise en charge ambulatoire au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) par les équipes du secteur de psychiatrie générale et/ ou de psychiatrie infanto-juvénile ou des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) lorsque l'établissement en est doté,
- Une hospitalisation au sein de certains SMPR,
- Une hospitalisation, avec ou sans consentement, au sein des Unités d'hospitalisation spécialement aménagées pour détenus (UHSA) prévues par la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002, destinée à pallier les limites des capacités hospitalières, la dangerosité criminologique des personnes et le risque d'évasion,
- Un accompagnement social par le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) (suivi des détenus, préparation pour l'aménagement de la peine, préparation à la sortie).

Au sein des établissements hospitaliers de secteur, les personnes détenues peuvent faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique lors d'une hospitalisation, en application de l'article D 398 du Code de procédure pénale.

1.1.2 La prise en charge en milieu ouvert

La prise en charge des AVS est réalisée par des centres de consultation spécialisés, des Centres médico-psychologiques (CMP) de secteur, des psychiatres libéraux, des médecins généralistes, des comités de probation.

Cette prise en charge peut être assortie d'une obligation de soins. Celle-ci est attachée à un aménagement de peine[5] ou à une mesure alternative[6] à l'incarcération qui peut être ordonnée par un juge. Il s'agit de la mesure judiciaire la plus utilisée à ce jour. Elle n'est pas obligatoirement indiquée par une expertise pénale et ne fait pas intervenir de médecin coordonnateur. L'essentiel du suivi est assuré par le Conseiller d'insertion et de probation (CIP) qui rend compte au Juge d'application des peines (JAP).

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs crée l'injonction de soins, qui peut être prononcée dans la cadre d'un suivi socio-judiciaire prévu par la loi[7]. Cette peine s'effectue en milieu ouvert. Elle a un caractère alternatif à une peine privative de liberté, un refus du suivi pouvant entraîner une réincarcération. La loi n'exclut pas toutefois une incitation aux soins, ou « invitation aux soins », qui doit être faite durant l'incarcération. Deux éléments de l'injonction de soins sont considérés comme particulièrement novateurs : l'obligation faite au magistrat de recourir à une expertise médicale avant de prendre sa décision et l'intervention d'un médecin coordonnateur en tant qu'interface entre la justice et le médecin traitant[8]. Le médecin ou le psychiatre coordonnateur est responsable du suivi opérationnel des soins devant le juge d'application des peines, à côté de l'accompagnement social assuré par le conseiller d'insertion et de probation. Le médecin coordonnateur ne joue donc pas un rôle soignant : il informe et aide le condamné quant au choix de son médecin traitant, conseille le praticien choisi à qui il transmet les pièces et expertises nécessaires.

L'obligation de soins et l'injonction de soins requièrent des professionnels formés à la prise en charge des AVS. L'injonction de soins pose plus spécifiquement le problème de

---

[5] Ex : semi-liberté, libération conditionnelle…

[6] Source : Conférence de consensus

[7] Cas où la juridiction peut ordonner un suivi socio-judiciaire : agressions sexuelles (viols, agressions sexuelles stricto sensu, exhibition sexuelles), atteintes volontaires à la vie, aggravées par un viol (meurtre ou assassinat avec viol), mise en péril des mineurs (atteintes sexuelles sur mineur de quinze ans u sur mineur de plus de quinze ans et non marié commises par un ascendant ou une personne ayant autorité, corruption de mineur, exploitation de l'image d'un mineur avec caractère pornographique, atteinte à la moralité d'un mineur)

[8] Décret en Conseil d'Etat n° 2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application du Titre IX du Livre III du Code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le Code de la santé publique. *Cf.* Annexe III

l'articulation entre champs judiciaire et sanitaire, du déficit de médecins coordonnateurs et d'experts dans certains départements.

1.2 Les propositions récentes d'amélioration de la prise en charge des AVS

Alors que l'on souligne la complexité de l'appréhension des besoins de prise en charge des AVS et la nécessaire spécificité de l'action des équipes de psychiatrie, plusieurs textes se sont succédés afin d'encadrer, de promouvoir et d'améliorer la prise en charge des AVS.

1.2.1 Une première réflexion menée : la Conférence de consensus

Organisée les 22 et 23 novembre 2001 par la Fédération française de psychiatrie, la conférence de consensus a réuni pour la première fois soignants, magistrats et éducateurs autour du thème *de* psychiatrie médico-légale et criminelle *« Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles ».* Elle relève que les connaissances médicales dans les domaines psychopathologique et thérapeutique, ainsi que les recherches qui les accompagnent, attestent de la légitimité de la prise en charge des AVS en termes de réduction du risque de rechute et de récidive. Cependant, elle constate, chez les professionnels, un phénomène d'évitement lié à la méconnaissance à la fois des profils psychopathologiques et de leur prise en charge. Son objectif est de faire évoluer les pratiques en termes d'offre, d'accès et d'organisation des soins et de prévention.

A partir de constatations sur l'épidémiologie et d'une réflexion sur les aspects déontologiques, éthiques, juridiques, administratifs et pratiques de la mise en œuvre des traitements, la conférence a étudié les domaines suivants : l'expertise psychiatrique, les caractéristiques cliniques et psychopathologiques des AVS, les outils d'investigation permettant de prédire la récidive, les différentes méthodes thérapeutiques et les moyens et modalités spécifiques d'organisation du traitement.

A la question *« Qui sont les auteurs ? »,* elle répond que les connaissances actuelles présentent un degré de certitude trop faible. La population des auteurs n'est réductible ni au champ psychiatrique, ni au champ criminologique, ni au champ social et des recherches sont indispensables. En ce qui concerne les modalités de traitement, la conférence de consensus recommande :

- Une prise en charge des agresseurs sexuels organisée au sein du dispositif sectoriel de prise en charge psychiatrique, dans un travail d'équipe intégrant une pratique de contrôle individuel ou de groupe (en raison des risques affectifs et personnels inhérents à la dimension psychothérapeutique),

- Une formation pluridisciplinaire, initiale et continue accessible aux professionnels de la psychiatrie,

- Un partenariat des acteurs judiciaires, sociaux et médicaux permettant d'améliorer l'accès et la continuité des soins,

- Des protocoles de traitement et de recherche évaluant l'efficacité des thérapies individuelles et de groupe et la pertinence de critères de prévention de récidive.

Les moyens pour y parvenir sont le développement des formations des professionnels concernés, des ressources, des outils de connaissance et d'évaluation. En conclusion, *« les connaissances actuelles sur la psychopathologie et les traitements des auteurs d'agressions sexuelles sont encore fragmentaires et empiriques. Elles devront faire l'objet d'évaluations et de validations selon des méthodologies fiables. En proposant d'articuler la peine et le soin, dans un cadre médico-légal qui respecte l'éthique et la déontologie, la loi du 17 juin 1998 ouvre la possibilité d'un travail clinique et socioéducatif et des perspectives renouvelées de partage de synergie des compétences respectives du judiciaire et du médical »*.

1.2.2 Une volonté politique affichée : le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005 - 2008 et la circulaire du 13 avril 2006

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale prévoit la mise en œuvre de programmes spécifiques permettant un rapprochement des actions en matière de santé et de justice autour de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Des mesures sont envisagées afin de :

- Garantir le suivi des auteurs d'infractions sexuelles (renforcement des moyens des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire, élaboration d'un dispositif départemental de suivi, déploiement de cinq centres de ressources interrégionaux, poursuite d'un partenariat avec la HAS et la Fédération française de psychiatrie),
- Permettre une meilleure articulation avec la justice (augmentation du nombre de médecins coordonnateurs, finalisation du programme de travail mené par les ministères de la santé et de la justice sur la formation, l'expertise et les mineurs auteurs d'infractions sexuelles),

- Développer la prévention (développement d'actions de recherche, renforcement de la formation des professionnels de santé, initiation d'une réflexion visant à établir les principes d'une politique de prévention…).

La circulaire du 13 avril 2006 précise les modalités d'amélioration de la prise en charge de ce public à deux niveaux complémentaires : une offre de proximité assurée par les équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile et une offre de recours et d'appui via les centres de ressources. Les centres de ressources interrégionaux auront pour missions de :

- Développer la prévention,
- Etre un lieu de soutien et de recours pour les praticiens et les équipes de proximité,
- Etre promoteur de réseau et mettre en lien les différentes équipes de psychiatrie et les professionnels,
- Assurer les formations,
- Rechercher et mettre à disposition toute la littérature sur le sujet,
- Impulser et diffuser la recherche et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ils n'ont ni vocation à se substituer aux équipes de soins de proximité ni à assurer la prise en charge directe des patients. Leur premier public est constitué de tous les professionnels prenant en charge les AVS.

Le constat d'une nécessaire amélioration des la prise en charge des AVS s'est traduit par la mise en place d'un nouveau dispositif dont l'ambition est certaine : le CRIAVS.

1.3 Un appui pour les réseaux de prise en charge : les CRIAVS

Les CRIAVS, fruits d'une volonté politique forte, se sont développés dans le sens d'un renforcement des réseaux de prise en charge des AVS.

1.3.1 La création des CRIAVS

La mise en place des CRIAVS s'est effectuée à partir de la diffusion par le ministère de la Santé et des Solidarités du Plan Psychiatrie et Santé mentale en 2005. La création de telles structures s'inscrit dans un contexte particulièrement médiatisé. Le Plan prévoyait le déploiement de cinq centres ressources interrégionaux. Aujourd'hui, il existe sept CRIAVS, dont cinq en cours de création, couvrant six secteurs interrégionaux : Nantes, Caen, Lille, Grenoble, Bordeaux, Poitiers et Niort.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a lancé en 2005 un appel à expérience pilote à destination des régions. Le premier centre de ressources créé dans la région Rhône Alpes (12 départements) s'appuie sur une expérience de dix ans de travail en réseau. Il a obtenu des moyens en 2005 et s'est structuré en 2007 sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Il s'organise de la manière suivante : un pôle organisateur à Grenoble avec un directeur de projet ; des responsables de champs (clinique, prévention, recherche…) garant de la politique générale du centre et des responsables de zones géographiques, chacun chargé d'appliquer la politique au niveau de son réseau local.

1.3.2 La genèse du CRIAVS Bretagne/ Pays de la Loire

C'est au début de l'année 2006 que la région Pays de la Loire s'intéresse de plus près au projet. La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) lance un appel à candidatures le 15 avril 2006. M. BELONCLE, Praticien hospitalier au CHU de Nantes, est porteur du projet. Il s'appuie sur son expérience au sein du réseau de l'Association de recherche et de traitement des auteurs d'agressions sexuelles (ARTAAS). Cette association a en effet initié depuis cinq ans un travail de réseau auquel participent les professionnels du secteur de la santé mentale des deux régions, en particulier les équipes de Brest, Lorient, Rennes, Angers et Nantes.

En 2006, la DHOS notifie son accord aux ARH Bretagne et Pays de la Loire. L'ARH Pays de la Loire alloue les crédits (249 500 euros) au mois d'octobre et arrête le périmètre du CRIAVS aux deux régions. La répartition des moyens humains est envisagée de la façon suivante : 1 Praticien hospitalier à temps plein, 1 équivalent temps plein (ETP) d'infirmier, 1 ETP de secrétaire, et 1 vacation de juriste ainsi que les frais de fonctionnement (déplacements, fonctionnement, locaux…). L'option retenue a été de rattacher le CRIAVS au SMPR du CHU de Nantes sous la forme d'une unité fonctionnelle. Le choix d'un GCS n'a pas été retenu car jugé trop complexe dans ses modalités de mise en œuvre et de fonctionnement.

Les orientations sont définies, des moyens alloués, il reste à les mettre en adéquation afin de répondre au mieux aux attentes des professionnels et donc d'améliorer la prise en charge des AVS.

2 Etat des lieux : attentes et difficultés des professionnels

La parole des professionnels impliqués dans la prise en charge des AVS est un élément indispensable à la compréhension des enjeux liés à la mise en place du CRIAVS. Il était ainsi particulièrement opportun de réaliser une enquête auprès des principaux intéressés.

2.1 Méthodologie

L'étude du contexte et des dispositions législatives et réglementaires relatives à la prise en charge des AVS nous a permis de cerner la problématique et de repérer les différents acteurs professionnels concernés par la prise en charge. Les objectifs visés sont de :

- Recueillir le point de vue et les attentes des différents professionnels vis à vis de la mise en œuvre du CRIAVS,
- Proposer des modalités concrètes d'organisation du CRIAVS Bretagne/ Pays de la Loire, situé géographiquement au CHU de Nantes.

Afin de répondre à ces objectifs, le groupe a réalisé une enquête par entretiens auprès de différents professionnels. Une grille d'entretien semi-directive à questions ouvertes a été élaborée au regard des objectifs d'enquête[9], à savoir comprendre les modalités actuelles de prise en charge des AVS et recueillir les attentes des professionnels du monde sanitaire et judiciaire envers le CRIAVS. Cette grille a également servi de support pour l'analyse de contenu des entretiens. Ceux-ci ont été réalisés soit sur rendez-vous soit en entretien téléphonique. Ils n'ont pas été enregistrés. Au total, vingt-quatre entretiens ont été effectués.

Dans le temps qui nous était imparti, nous avons souhaité interviewer des acteurs des deux régions dans le plus grand nombre de départements possible. Ainsi, des acteurs des secteurs sanitaire, judiciaire et social ont été rencontrés[10]:

- Professionnels de santé : médecins psychiatres des SMPR, médecins psychiatres des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, praticiens

[9] *Cf.* Annexe IV

[10] *Cf.* Annexe V

des CHS, médecins psychiatres libéraux, psychologues, équipes infirmières de CMP, médecins coordonnateurs et psychiatres experts ;

- Professionnels de justice : juge d'application des peines et directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire ;
- Professionnels du domaine social rattachés à la justice : directeur de SPIP et travailleur social des services d'insertion et de probation.

2.2 Résultats de l'enquête menée auprès des professionnels

L'enquête s'est axée sur deux problématiques majeures : la prise en charge des AVS et les attentes des professionnels vis-à-vis du CRIAVS.

2.2.1 Les difficultés liées à la prise en charge des AVS

La prise en charge des AVS se distingue selon que les professionnels sont issus du milieu sanitaire ou du milieu judiciaire.

A) Le milieu sanitaire

Il semble important de noter que la diversité des professionnels de santé rencontrés reflète la variété des approches et des modalités de la prise en charge des AVS.

a) Une préoccupation commune liée à l'augmentation du nombre de prise en charge d'AVS

Ces professionnels sont tous confrontés à l'augmentation du nombre de demandes de prise en charge d'AVS, résultante, entre autres, de la multiplication des injonctions et des obligations de soins. Ainsi, sur l'une des consultations spécialisées, le nombre de patients est passé de 75 à 110 en deux ans. A cette montée en charge s'ajoute un autre phénomène qui a toute son importance aux yeux des professionnels : la grande médiatisation des faits de violences sexuelles et des cas de récidives ainsi que la résonance de celle-ci au niveau politique et sociétal. Ils craignent en effet de devoir endosser la responsabilité en cas d'échec de la prise en charge de certains patients. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas tous concernés de la même façon par ces prises en charge, selon la nature de leur exercice professionnel. En milieu carcéral, les trois quarts des patients suivis sont des AVS alors qu'en milieu ouvert, ceux-ci ne représentent qu'un nombre très faible des consultations. Seules deux structures de consultation, Brest et Angers, sont dédiées entièrement à cette prise en charge.

b) Une prise en charge complexe des AVS

Dans cette enquête, les professionnels ont souvent mis en exergue l'atypisme des AVS. Public essentiellement masculin, certains d'entre eux présentent en effet un caractère dangereux, tant pour les professionnels dans le cadre de la prise en charge que pour les autres patients, lors des consultations en CMP par exemple. Les professionnels soulignent la nécessité de travailler en binôme, notamment pour les médecins femme. Une autre spécificité tient à la durée de la prise en charge qui demande souvent plusieurs années. En raison de la multiplicité des acteurs (SPIP, professionnels des CHRS ou des secteurs), la complexité de la prise en charge est accentuée, notamment en termes d'accès aux éléments des dossiers des AVS.

L'injonction de soins impose, d'autre part, aux praticiens de « faire le deuil » de la demande spontanée du patient. Ceci vient en effet à rebours des principes de libre choix et de consentement à l'œuvre dans toute prise en charge psychologique ou psychiatrique, notamment en milieu carcéral pour lequel l'injonction de soins est un moyen de bénéficier de remises de peines. Ce paradoxe peut expliquer l'attitude de certains psychiatres libéraux refusant de suivre les AVS sur injonction de soins au motif qu'il ne peut y avoir de relation thérapeutique sous la contrainte. L'injonction de soins biaise la prise en charge thérapeutique dans un certain nombre de cas. Cette injonction de soins peut s'avérer utile, voire indispensable, mais dans un cadre bien spécifique et repéré comme tel, avec un travail en réseau et une équipe de professionnels spécialisés dans ce mode de prise en charge.

c) Des compétences variées en matière de prise en charge

Pour les spécialistes, l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques en matière de prise en charge des AVS varie selon leurs expériences de terrain antérieure (travail au sein d'un SMPR, en milieu carcéral), leur intégration plus ou moins affirmée au sein des réseaux de professionnels existants (ex : l'ARTAAS), ou leurs initiatives personnelles (inscription spontanée dans des formations spécialisées telles que les DU de psychiatrie criminelle et les formations de l'ARTAAS). Après plusieurs années d'expérience, certains professionnels ont créé des consultations spécialisées (ex : Brest et Angers). Ils réalisent également au niveau local des formations auprès d'écoles d'éducateurs, d'infirmiers. Ils disposent parfois de ressources exclusivement allouées à la prise en charge des AVS. Par exemple, le centre de consultation d'Angers dispose de moyens humains et matériels (locaux) mis à disposition par l'hôpital. Toutefois, les moyens, humains et matériels, spécifiques permettant de mettre en place des équipes dédiées à cette prise en charge ne sont pas toujours prévus. Il est important de souligner enfin que la majorité des

professionnels rencontrés pointent leur manque de connaissances et de compétences pour ces prises en charges spécifiques et sont très demandeurs de formations.

d) Les modalités de prise en charge des AVS

En milieu ouvert, la prise en charge de l'AVS est organisée soit par une équipe pluri-professionnelle de secteur (médecins, psychologues et IDE), soit par le psychiatre ou psychologue libéral dans le cadre de rendez-vous programmés. S'agissant du suivi sectoriel des patients dans le cadre des CMP, le patient est reçu en primo-consultation par un IDE la plupart du temps. Dans certains cas, lorsque le patient présente des troubles particulièrement difficiles, il est vu en première consultation par un médecin et un psychologue. Ensuite, c'est une équipe pluridisciplinaire qui accompagne l'AVS tout au long de sa prise en charge. La question de l'adhésion du patient est beaucoup travaillée afin de lutter contre le déni, de sorte que la violence sexuelle ne soit qu'un symptôme pour ces patients. *Ab initio*, certains praticiens hospitaliers exigent que la demande de prise en charge par l'AVS soit formalisée par un écrit déclinant les raisons de sa venue et ses attentes. Dans l'un des centres de consultation spécialisés, lorsqu'une mesure d'injonction de soins a été prononcée, le psychiatre reçoit d'abord un courrier mentionnant la décision, la date, le nom, l'adresse de la personne et la date de fin de mesure, puis les expertises de l'AVS. Le premier entretien peut se faire soit par un IDE qui recommande une consultation avec un psychologue ou un psychiatre, soit par un binôme : psychiatre et IDE. Par la suite la personne s'entretiendra toujours avec le même professionnel. Il peut aussi lui être proposé des soins en groupe avec différents supports de médiation qui sont expérimentés lors de ces prises en charge.

En milieu carcéral, il n'y a pas de prise en charge spécifique des AVS. Elle se fait via le SMPR ou les UCSA. En maison d'arrêt, la prise en charge s'effectue la plupart du temps en urgence. Ce sont les infirmiers qui évaluent le caractère urgent de cette demande de prise en charge.

La fréquence moyenne des entretiens, et ce quelque soit le type de professionnel oeuvrant dans le prise en charge des AVS, est mensuelle. Cette fréquence peut être augmentée en cas de recrudescence des troubles ou risques de récidive. Concrètement, les méthodes de la prise en charge reflètent la diversité des pratiques en la matière : groupes de parole, entretiens individuels et traitements médicamenteux. Cependant, il faut préciser que certains psychiatres, libéraux ou hospitaliers, ne se sentent pas toujours à l'aise avec l'utilisation de la technique dite de « castration chimique » pour des raisons éthiques et/ ou à défaut de connaissance suffisante.

Face à la question des modalités de l'organisation de la prise en charge, les professionnels sont partagés. Les uns sont favorables à une prise en charge spécialisée et intersectorielle dans la mesure où cette population ne permet pas d'obtenir une masse critique suffisante permettant d'agir par secteur. L'intersectorialité pourrait être le moteur d'une réponse adaptée et d'une professionnalisation de la prise en charge des AVS. Les autres sont favorables à une prise en charge sectorielle. En effet, ils considèrent que, outre la contrainte géographique qu'elle impose, la prise en charge intersectorielle présente un risque de stigmatisation des AVS en raison du regroupement de cette population qu'elle induit. Ce risque serait préjudiciable à l'efficacité de la prise en charge des AVS en ce sens qu'il serait facteur de discrimination et de perte de confidentialité, élément nécessaire à la réussite de leur prise en charge.

e) Une difficile coordination entre justice et santé

Les différents professionnels rencontrés soulignent, en majorité, la difficulté de travailler avec les professionnels de la justice et font part de leur sentiment de solitude. Néanmoins, dans certains cas, une communication peut s'instaurer, notamment par le biais de rencontres interprofessionnelles liées à une démarche volontariste.

Ce cloisonnement existant entre le milieu sanitaire et judiciaire se cristallise autour de la question du partage du secret professionnel. Les professionnels de santé témoignent d'un certain malaise face à la sollicitation des JAP ou des travailleurs sociaux pour obtenir des informations sur tel ou tel patient. Si d'aucuns estiment que le secret professionnel est absolu, d'autres reconnaissent l'utilité de partager certaines informations. Ceci étant, le secret partagé n'est effectif que lorsqu'il existe, entre eux, des relations interpersonnelles de confiance.

En outre, un certain nombre d'incertitudes perdure s'agissant des moyens et obligations des soignants vis-à-vis du suivi des patients AVS. Ainsi, il arrive que les médecins apprennent seulement au terme de la première consultation que le patient est soumis à une obligation ou à une injonction de soins, lorsque celui-ci demande un certificat. Les médecins ne savent pas non plus nécessairement quand cette obligation ou injonction prend fin. Les professionnels de santé rappellent également que leur rôle, vis-à-vis de ces patients, n'est pas de prévenir une récidive mais bien de prodiguer des soins. En cas de doute sur un éventuel passage à l'acte, ils ont la possibilité d'alerter les travailleurs sociaux ou le JAP, mais cela revient une fois encore à revenir sur leur engagement

professionnel. Enfin, certains déplorent le manque de suivi socio-judiciaire devant accompagner l'injonction de soins ; lorsque le patient n'obéit plus à l'obligation qui lui est faite, le JAP peut ordonner sa réincarcération. En pratique toutefois, une telle décision est rarement prise.

Au moment de son adoption, la loi du 17 juin 1998 était présentée comme une avancée majeure en ce qu'elle définit clairement l'articulation entre justice et soin. A côté de l'injonction de soins dans la condamnation au suivi socio-judiciaire (qui ne tient pas ses promesses au vu des considérations précitées), sont également prévues l'expertise médicale préalable à la décision judiciaire ou encore l'intervention d'un médecin coordonnateur à l'interface entre les acteurs judicaires et le médecin traitant. Toutefois, bien souvent, les professionnels de santé confrontés à la prise en charge des AVS ne connaissent pas l'existence de la liste établie par le procureur de la République des médecins experts et coordonnateurs désignés par le JAP. Leur statut peu connu et guère reconnu est aujourd'hui insuffisamment valorisé. Certains médecins experts et coordonnateurs n'ont jamais pu obtenir la rémunération forfaitaire à laquelle ils ont droit[11]. Enfin, cette activité s'inscrivant dans un cadre libéral, son exercice n'est pas fiscalement intéressant, notamment pour les praticiens hospitaliers, et entraîne des obligations administratives (comme l'inscription à l'URSSAF). Si l'on ajoute à ces difficultés la surcharge de travail engendrée, il est logique que l'on soit aujourd'hui confronté à une pénurie d'experts et de médecins coordonnateurs pourtant indispensables au décloisonnement santé/ justice.

[11] Arrêté du 7 mars 2001 pris pour l'application de l'article R.355-43 du Code de la santé publique relatif à l'indemnité versée aux médecins coordonnateurs : *« Conformément à l'article R.355-43 du Code de la santé publique, le médecin coordonnateur désigné par le juge de l'application des peines pour suivre une personne soumise à une injonction de soins prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire perçoit une indemnité forfaitaire pour chaque année civile fixée à 426,86 Euro par personne suivie. Pour chaque personne suivie, l'indemnité forfaitaire est versée (…) par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du département d'implantation du tribunal de grande instance dont relève le juge de l'application des peines qui a désigné le médecin coordonnateur »*

B) Le milieu judiciaire

La vision des professionnels du milieu judiciaire complète ces premiers constats.

a) L'accroissement du nombre de délinquants sexuels

Les professionnels interrogés rappellent que la délinquance sexuelle est en augmentation (multipliée par 7 en 20 ans), phénomène qu'ils accordent à l'accroissement des dénonciations, facilitées par la réforme de la prescription sur les violences sexuelles faites aux mineurs. Ils constatent parallèlement une augmentation du nombre de délinquants sexuels en prison, la durée des peines ayant tendance à s'allonger. A l'instar des professionnels de santé, ceux du secteur judiciaire relèvent tant la spécificité de ce public que la diversité des crimes et des criminels. Ces délinquants rejetés du reste de la population carcérale sont regroupés dans une « unité de vie privée ».

b) Des modalités de prise en charge spécifiques

La prise en charge sanitaire via les SMPR et les UCSA reste embryonnaire faute d'une politique nationale de prise en charge sanitaire. En prison, l'AVS est accueilli par l'équipe du Projet d'exécution de peine (PEP) qui comprend un psychologue (entretien de suivi), un travailleur social (CIP). En milieu ouvert, l'AVS est suivi, au titre de l'injonction de soins, par un CIP mandaté par le JAP dans le cadre de l'aménagement de la peine. Il s'agit de susciter une prise de conscience et une adhésion aux soins. En milieu fermé comme en milieu ouvert, les travailleurs sociaux mettent en place et animent des groupes de parole pour la prévention de la récidive. Les professionnels du secteur rencontrent plusieurs difficultés notamment avec les équipes de psychiatrie. Ils déplorent en effet le manque de soignants qualifiés dans la prise en charge d'AVS avec qui échanger sur la dangerosité ou les possibilités de récidive. Parallèlement, ils regrettent l'absence de communication avec certains psychiatres qui leur opposent systématiquement le secret professionnel. Enfin ils constatent que certains praticiens refusent de recevoir des détenus tenus à l'obligation de soins quand il n'y a pas d'adhésion aux soins.

2.2.2 Les attentes des professionnels vis-à-vis du CRIAVS

Certains professionnels, pour la plupart spécialisés, considèrent le CRIAVS comme une institutionnalisation de l'ARTAAS tandis que d'autres, se trouvant démunis face à la prise en charge d'AVS, y voient une possibilité d'améliorer leur pratique.

A) Le constat d'un manque de communication autour de la création du CRIAVS

Il semble important de noter dans un premier temps qu'un certain nombre des professionnels rencontrés déplorent ne pas avoir été informés de la création du CRIAVS, de son rôle et de ses missions. Certains préconisent d'ailleurs divers moyens de diffusion de l'information : organisation de portes ouvertes, articles dans la presse professionnelle, envoi de courrier, relais par les associations de formation continue, envoi d'une plaquette d'information.

B) Une demande d'aide et d'expertise

Pour beaucoup, le CRIAVS serait très utile en terme d'aide et de soutien. En effet, il pourrait dispenser des conseils, en particulier sur des situations difficiles (la prise en charge d'adolescents suivis par des pédopsychiatres, le problème de la sécurité du praticien…). A ce titre, il paraît indispensable que le personnel du CRIAVS puisse se déplacer sur le terrain pour rencontrer les équipes, de même que le centre soit joignable facilement. Un médecin coordonnateur interrogé attend aussi du CRIAVS qu'il prenne le relais direct sur des cas de prise en charge difficiles. Le CRIAVS pourra également participer à l'orientation des personnes sortant de prison pour qu'elles puissent trouver des contacts afin d'assurer la continuité et le suivi des soins.

C) Un besoin de formation

Les professionnels attendent de façon unanime que le CRIAVS soit porteur de formations fréquentes pour sensibiliser les acteurs ou former de nouvelles personnes dans le domaine sanitaire (aide à la mise en place de groupes thérapeutiques spécialisés, analyse de pratiques, formations pluriprofessionnelles, formations ou réunions revalorisant la fonction de médecins coordonnateurs) mais aussi dans le domaine judiciaire, au sein des SPIP et des maisons d'arrêt.

D) Le CRIAVS, vecteur de communication entre professionnels

Parallèlement à la formation, le CRIAVS pourrait être le lieu privilégié de partage d'expérience : partage d'expériences cliniques (animation de groupes thérapeutiques…), de matériels (supports de médiation, test projectif…). Une telle structure serait également propice à la formalisation des échanges et des rencontres entre professionnels. A ce titre, les personnes interrogées mettent particulièrement en exergue le cloisonnement entre la justice et la santé. Le CRIAVS aurait dès lors un rôle essentiel dans la promotion des réseaux. Dans l'interface santé/ justice, il participerait à la définition du contenu du secret médical (frein à la prise en charge actuelle) et à la communication autour du secret

partagé. La coordination entre le champ du soin et du social pourrait passer par l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques et de procédures communes, voire à la mise en place d'une charte.

E) Une place essentielle en matière de recherche et d'expertise

En terme de recherche et d'expertise, les professionnels attendent du CRIAVS qu'il centralise les ressources et qu'il poursuive le travail en cours de l'ARTAAS.

F) Une attente de moyens pour développer la prise en charge

Les professionnels, déjà spécialisés dans la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles, attendent que le CRIAVS leur fournisse des moyens supplémentaires, tels que des moyens humains. En effet, selon eux, le renforcement des équipes locales de prise en charge est un préalable obligatoire à la mise en place d'un « centre d'experts ».

G) Les interrogations des professionnels

Les professionnels ont exprimé, lors de ces enquêtes, de nombreuses attentes, mais également certains doutes quant à son efficacité et à sa pertinence. Tout d'abord la méconnaissance du centre par les professionnels apparaît comme la première limite, d'où l'importance de la question de l'information et de la publicité. Par ailleurs, la distance géographique peut poser problème (problèmes de transport, conciliation avec le temps professionnel), bien que selon certains, elle puisse être surmontée par des moyens de communications (téléphone, Internet). Pour d'autres, la dimension interrégionale paraît peu pertinente. Un véritable partenariat nécessiterait en effet la présence de référents locaux du CRIAVS, ou dans chaque département des équipes spécialement dédiées à la prise en charge des AVS. Enfin, certains psychiatres redoutent que le CRIAVS ne soit qu'un simple centre d'experts en dehors des réalités concrètes et qu'il ne puisse par conséquent leur apporter l'aide dont ils ont besoin sur le terrain. Dans ces conditions, il ne paraît pas intéressant de créer un échelon supplémentaire qui viendrait complexifier l'organisation.

Les professionnels de la justice soulignent l'intérêt et la pertinence de la création d'un CRIAVS. Pour autant, la question des ressources dont il va disposer reste entière à leurs yeux. L'expression « prise en charge » n'a de sens que si on dispose des moyens pour la mettre en œuvre. Or, ils constatent que les difficultés rencontrées dans la prise en charge des AVS ne sont pas exclusivement liées à un problème d'organisation. Ce sont les ressources humaines et matérielles qui font défaut.

Les entretiens réalisés sont très révélateurs des attentes et des doutes des professionnels face au phénomène complexe de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Ainsi, leur analyse est une source essentielle à l'élaboration de propositions cohérentes et réalistes quant à la mise en place d'un CRIAVS. Le déficit de professionnels spécialisés ainsi que le manque d'information et de formation sur les possibilités de prise en charge des AVS posent de nombreux défis à une structure nouvelle qui devra trouver sa place et sa légitimité. Le CRIAVS Bretagne/ Pays de la Loire n'a pas encore mené d'action concrète, ce qui nous amène à réfléchir aux modalités de son organisation.

3 Axes de propositions pour le fonctionnement du CRIAVS Bretagne/ Pays de la Loire

Les propositions sont issues de l'enquête réalisée dans le cadre du module et de l'analyse des documents. Elles tiennent compte des moyens alloués à ce jour et sont à replacer dans le cadre d'une enquête non exhaustive.

3.1 Les missions du CRIAVS : déclinaison opérationnelle

Nos propositions s'inscrivent dans la plupart des missions déclinées par la circulaire du 13 avril 2006 tout en les adaptant au contexte de ce projet.

3.1.1 Une interface entre mondes sanitaire et judiciaire

Les professionnels rencontrés reconnaissent et déplorent le manque, voire l'inexistence, de lien entre la santé et la justice. Pourtant, ces deux secteurs sont intrinsèquement concernés par la prise en charge des AVS. Dans ce contexte, un des objectifs majeurs du CRIAVS sera de tisser et consolider ce lien indispensable.

La première phase de la promotion du partenariat santé/ justice consiste en une identification claire des missions de chacun dans la prise en charge, afin de s'adresser au bon interlocuteur. En ce sens, le CRIAVS doit s'assurer que la fonction de médecin coordonnateur et de médecin expert soit comprise et valorisée. Un effort de pédagogie dans la compréhension des rôles de chacun doit donc être mené. Concrètement, le CRIAVS pourra :

- Elaborer et mettre à jour un annuaire interrégional santé/ justice, listant l'ensemble des intervenants : médecin coordonnateurs, médecins experts, JAP, SPIP…
- Mettre à disposition des professionnels de santé un lexique « santé justice »
- Diffuser des informations sur le suivi socio-judiciaire et ses implications sur la prise en charge des AVS : le CRIAVS pourrait ainsi vulgariser le système de l'injonction de soins, très courante dans le cas des AVS, et pourtant mal connue des professionnels de santé.

La seconde phase de la promotion du partenariat santé/ justice passe quant à elle par l'organisation de réunions pluri-professionnelles régulières, au moins une fois par an. Il conviendrait d'y associer les médecins libéraux par le biais de l'Union régionale des

médecins libéraux (URML). La visioconférence peut être une solution aux questions de déplacement. Le CRIAVS, par ces deux biais, jouerait ainsi pleinement le rôle dévolu par la circulaire, à savoir se positionner *« comme interface entre les professionnels de santé et de la justice, notamment dans le but de favoriser l'établissement de procédures et d'un langage partagé »*[12].

3.1.2 Un centre de formation reconnu

La mise en œuvre d'actions de formation est tout à la fois une réponse forte aux attentes des différents professionnels rencontrés qu'une des missions du CRIAVS prévue dans la circulaire de 2006.

La crédibilité du centre dans cette mission passe par une « labellisation » des formations proposées. Ainsi, un projet de formation annuel ou pluriannuel pourrait être rédigé, accompagné du plan de formation. Ceux-ci seraient communiqués largement auprès des professionnels de santé, de la justice et du socio-éducatif. L'offre de formation du CRIAVS porterait tout à la fois sur :

- des actions en formation initiale, dans les facultés de médecine, à destination des futurs praticiens, ainsi que dans les Instituts de formation en soins infirmiers ou les facultés de psychologie,
- Des actions en formation continue sur des thématiques spécifiques (sémiologie, thérapeutique,…) ou sur des analyses de pratiques afin d'enrichir les prises en charge réalisées. Ces formations pluri-professionnelles pourront se dérouler au sein des locaux du CRIAVS au CHU de Nantes ou dans les établissements de santé demandeurs.

Par ailleurs, il serait intéressant de réfléchir à l'organisation des formations d'un point de vue géographique de façon à ce qu'elles accompagnent le maillage au niveau des deux régions, dont l'étendue peut être un frein au déplacement de certains acteurs.

3.1.3 Un lieu de soutien et de recours

La circulaire du 13 avril 2006 dispose que les centres de ressources doivent *« être un lieu de soutien et de recours pour les praticiens et les équipes de prise en charge de proximité ».*

[12] Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux

L'opérationnalité d'une telle mission réside dans la compétence et la réactivité des acteurs du CRIAVS. Ainsi, devra-t-il proposer un appui dans la prise en charge des cas difficiles, quelle qu'en soit la raison (complexité de la prise en charge, risque de récidive, choix d'un traitement médicamenteux…). Ce soutien pourra se concrétiser par la participation de professionnels du CRIAVS à des débriefings. Afin de prévenir ces situations, le CRIAVS doit pouvoir répondre aux questions d'ordre juridique que se posent les professionnels. En ce sens, la mise en place d'une vacation de juriste paraît intéressante.

Pour faciliter la réactivité du CRIAVS en terme de soutien et de conseil, plusieurs mesures sont envisageables. De fait, la désignation de référents dans quelques grandes villes des deux régions (Brest, Rennes, Nantes et Angers), susceptibles d'intervenir au niveau local serait un atout. En outre, les moyens de communication du CRIAVS nécessitent d'être au service de cette réactivité : personnel administratif formé, permanence téléphonique joignable directement pendant les heures de bureau, création d'un site Internet et d'une adresse électronique.

3.1.4 Un lieu de questionnement éthique et de recherche

Le CRIAVS a également pour but, selon la circulaire du 13 avril 2006, d' *« impulser et diffuser la recherche et l'évaluation des pratiques dans le domaine de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles »*. Pour développer cet aspect, il serait indiqué d'agir dans le sens de la recherche fondamentale, mais aussi de valoriser les initiatives locales menées sur le sujet.

En ce sens, le CRIAVS pourrait :

- Communiquer sur les recherches ou autres colloques en cours sur la thématique des AVS, par le biais du site Internet ou d'un mailing,
- Initier un processus d'évaluation de protocoles de prise en charge,
- Inciter et soutenir les porteurs d'expériences locales en les associant notamment aux actions de recherche,
- Instaurer un partenariat avec les comités d'éthiques existants.

3.1.5 Un centre de documentation et d'information pour les professionnels

Informer et mettre à disposition des professionnels de la documentation est une autre attente des professionnels à l'égard du CRIAVS. Les informations recherchées concernent non seulement des renseignements en lien avec leur questionnement

quotidien sur la prise en charge des AVS mais aussi la documentation et la littérature, soit :

- L'annuaire des professionnels de santé et de la justice de la zone géographique du réseau précité,
- Des données épidémiologiques, les textes législatifs de référence en lien avec la politique judiciaire et la politique de santé, les textes des conférences de consensus, les articles et publications de professionnels experts dans la prise en charge des AVS, les enquêtes relatives à la santé mentale de la population pénale et aux violences, les rapports, les politiques d'autres pays et leurs évaluations, les actes des colloques et congrès, une bibliographie, un glossaire. Cette base documentaire pourra être mise à disposition sur place mais surtout en ligne et donc mutualisée avec les autres CRIAVS.

3.2 La mise en place du CRIAVS : se structurer et se faire connaître

La structuration du centre a pour but d'officialiser la répartition des moyens dont il dispose et recruter les personnes compétentes pour assurer l'atteinte de ses premiers objectifs. La question de la répartition des moyens en personnel auprès de plusieurs équipes des deux régions est posée.

Une première proposition consiste à allouer une partie des moyens au CHU de Nantes et d'autres parties au CHU de Brest et au CHS du Césame à Angers. Elle présente l'avantage de soutenir les actions déjà initiées localement en lien direct avec la vocation du CRIAVS et de permettre à ces équipes en question de s'étoffer pour élargir leurs interventions à une zone géographique plus étendue. Cependant, on peut craindre alors un éparpillement des ressources et une moindre identification de la structure pour les acteurs.

La seconde proposition est de centraliser les moyens sur l'unité fonctionnelle du CHU de Nantes. Cela permettrait de garantir la cohésion et le travail en commun des personnels de l'équipe du CRIAVS. Toutefois, la nécessité de constituer un centre unique connu et reconnu ne doit pas contribuer à négliger le travail en réseau sur les deux régions essentiel à la réussite du projet.

Etre reconnu comme spécialistes et experts de la prise en charge des AVS est une condition de légitimité du centre. Le moyen de maintenir et développer ces compétences passe par le fait d'exercer leurs responsabilités au sein du CRIAVS à temps partiel pour maintenir en parallèle une activité clinique. Quelle que soit l'option retenue, le CRIAVS

devra formaliser son projet. Celui-ci précisera les missions, les objectifs, le programme pluriannuel d'actions, les modalités de fonctionnement du siège et du réseau ainsi que les responsabilités de chacun de ses membres. Enfin, en vue d'une évaluation périodique de la qualité de sa mise en oeuvre, des indicateurs de suivi seront définis.

Le plan de communication autour de cette création vise le public suivant : équipes pluri-professionnelles des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres), professionnels spécialisés (experts, médecins coordonnateurs), juges d'application des peines, juges d'instruction, juges des libertés et de la détention, services pénitentiaires d'insertion et de probation, services de la protection judiciaire de la jeunesse, élus locaux... Les moyens pour se faire connaître seront non seulement la diffusion du projet et d'une plaquette d'information, mais aussi la rencontre directe des équipes de professionnels.

Conclusion

La création des CRIAVS s'inscrit dans le cadre d'une politique nationale, visant à améliorer la prise en charge des AVS, définie dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale et déclinée par la circulaire du 13 avril 2006. Ses missions précisées par la circulaire et ses modalités de fonctionnement, telles que nous les envisageons, semblent aller dans le sens d'une majorité des attentes des professionnels rencontrés. Ceci n'exclut pas toutefois d'envisager des scénarii et axes d'évolution. Le CRIAVS est en effet une structure qui doit aujourd'hui tenter d'atteindre les objectifs fixés par les textes tout en s'ouvrant à d'autres missions. Ces nouvelles perspectives devraient lui permettre de renforcer sa légitimité auprès des professionnels et de garantir sa pérennité.

Ainsi, alors que les professionnels n'ont pas exprimé d'attentes particulières concernant l'ouverture des CRIAVS aux familles et aux AVS, est-il souhaitable d'envisager dès à présent cette mission, par ailleurs prévue dans la circulaire du 13 avril 2006. La fonction de soutien et d'information attribuée au CRIAVS pourrait se développer à l'avenir pour inclure un service aux populations concernées. Familles et patients sont en effet en droit d'obtenir des informations sur les thérapeutiques utilisées par exemple, ou bien encore sur les aspects juridiques des obligations et injonctions de soins.

En outre, la circulaire susmentionnée décrit les CRIAVS comme devant être promoteurs de réseaux. Ces derniers ne pourraient-ils pas contribuer à faire évoluer la politique nationale dans ce domaine ? Les professionnels se positionnent en effet en faveur d'un centre de ressources capable de faire remonter un certain nombre de propositions d'amélioration dans la prise en charge des AVS auprès des pouvoirs publics. De nombreuses difficultés de fonctionnement et apories ont ainsi été soulignées dans le dispositif légal de prise en charge des AVS, en particulier dans l'articulation santé/ justice. Accéder à l'agenda politique requiert toutefois des CRIAVS qu'ils se fédèrent et parlent d'une même voix. En dépassant ainsi les limites de l'interrégionalité, ces derniers pourraient fort bien apparaître à terme comme des acteurs incontournables de santé publique.

Bibliographie

Textes officiels

- Code de la santé publique et notamment les articles L. 3711-1 à L. 3711-5 et les articles R. 3711-1 à R. 3711-24.

- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs – JORF n°139 du 18 juin 1998 et n°151 du 2 juillet 1998.

- Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice – JORF n°211 du 10 septembre 2002.

- Décret n°2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application du Titre IX du Livre III du Code de la santé publique et relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) – JORF n°116 du 19 mai 2000.

- Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

- Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

- Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, présenté en Conseil des ministres le 20 avril 2005, et notamment l'axe 4 *« Mettre en œuvre des programmes spécifiques, 4.2 : Des actions Santé / Justice ».*

Rapports

- « *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles »,* 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001.

- ALVAREZ. J. et GOURMELON N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles* (Synthèse), Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, juin 2006.

Articles

· GUERIN Y., *« Soigner les délinquants sexuels : Brest innove »,* Ouest France, 2 avril 2007

Sites Internet

- www.artaas.org : site de l'ARTAAS

- www.legifrance.gouv.fr

- http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/ffp/FFP.html : site de la Fédération française de psychiatrie