

Circulaire DHOS/DGS/O2/6C 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

13/04/2006

Date d'application : immédiate.

Références :

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 ;

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 ;

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 présenté en conseil des ministres le 20 avril 2005.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles concerne à la fois les champs de la santé et de la justice et, au-delà, constitue un grave sujet de société. L'intrication des champs santé et justice dans ce domaine provient à la fois du type d'actes commis, qui constituent des infractions pénales, 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, en dehors d'une obligation qui leur est faite.

En ce qui concerne les auteurs d'infraction sexuelle, la 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 est venue donner une impulsion forte dans un domaine difficilement appréhendé par les professionnels de la justice et de la santé. Cette loi constitue une avancée majeure en matière de soins pénalement ordonnés à travers la création d'une mesure nouvelle, l'injonction de soins, qui peut-être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire prévu par la loi et dont la mise en oeuvre s'effectue à l'issue de l'incarcération, en milieu libre. Cette disposition n'exclut pas le fait qu'une incitation aux soins doit cependant être faite durant l'incarcération.

Deux éléments de l'injonction de soins sont plus particulièrement novateurs :

- l'obligation pour le magistrat de recourir à une expertise médicale avant de prendre sa décision ;
- l'intervention d'un médecin coordonnateur - psychiatre ou médecin ayant suivi une formation définie par arrêté - qui joue un rôle non soignant d'interface entre la justice et le médecin traitant.

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales élargit en outre le champ du suivi sociojudiciaire et introduit la possibilité d'un psychologue traitant à côté ou à la place d'un médecin traitant.

Au-delà de ce dispositif législatif et réglementaire, le Plan psychiatrie et santé mentale annoncé le 20 avril 2005 doit permettre l'exécution de l'injonction de soins prononcée par le juge.

Plusieurs objectifs opérationnels sont prévus :

- faciliter les prises en charge et l'accès aux soins par une offre adaptée ;
- augmenter le nombre et améliorer les compétences des médecins coordonnateurs ;
- spécifier la prise en charge des mineurs auteurs d'infractions sexuelles ;
- poursuivre la politique d'amélioration des connaissances et des pratiques d'un plus grand nombre de professionnels de psychiatrie ;
- améliorer la qualité de l'expertise pénale ;
- clarifier l'articulation des différentes prises en charge (sanitaire, judiciaire, sociale, éducative), les formaliser à travers l'élaboration de référentiels de pratiques et les diffuser.

Le caractère prioritaire de ce thème est par ailleurs réaffirmé pour les volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération (circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004).

L'objet de la présente circulaire est de définir les principes généraux, qui participent à la mise en oeuvre des objectifs opérationnels précités, sur lesquels la création des centres de ressources interrégionaux repose.

Pour cela, les recommandations de la 5ème Conférence de consensus organisée les 22 et 23 novembre 2001 selon la méthodologie de l'ANAES par la Fédération française de psychiatrie « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » ont été prises en compte.

Compte tenu de leurs finalités, ces centres doivent contribuer à une meilleure prise en charge de tout auteur de violences sexuelles sans se limiter aux auteurs d'infraction sexuelle.

1. Enjeux de l'action

Les conclusions de la conférence de consensus sur les psychopathologies et les traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, proposent des éléments de problématique fondamentaux préalablement à la définition d'orientation de prise en charge de cette population.

1.1. La complexité de l'appréhension des besoins de prise en charge des auteurs de violence sexuelle

La conférence de consensus fait apparaître que les connaissances concernant ce public présentent un degré de certitude très faible. Il en ressort néanmoins que cette catégorie de population n'est réductible ni au seul champ psychiatrique, ni au seul champ criminologique, ni au seul champ social. C'est pourquoi le terme « d'auteurs de violences sexuelles » sera préféré à celui d'auteurs d'infractions sexuelles le réduisant à sa dimension pénale.

a) Des statistiques judiciaires importantes sous-estimant les besoins

Les statistiques judiciaires ne permettent pas d'évaluer l'ensemble des besoins, de nombreuses victimes ne portant pas plainte après une agression. Cependant, il convient de rappeler qu'en 2003, 7 125 condamnations ont été prononcées pour crimes ou délits de nature sexuelle, soit 5 438 condamnations pour délits et 1 687 condamnations pour des crimes. Les personnes condamnées et détenues pour ces infractions au 1er janvier 2003 étaient au nombre de 8 000. Cette population représentait environ 20 % des personnes détenues condamnées.

L'enquête sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) réalisée en 2000, indiquait que 11 % avaient subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. Environ la moitié des femmes n'avaient pas parlé de cette agression sexuelle avant l'enquête.

Enfin, les mineurs représentaient en 2000, 20,5% des auteurs de viols quand la victime est un adulte et 29 % lorsque c'est un mineur.

b) Une absence de spécificité psychopathologique relative aux différentes conduites de violence sexuelle

Il apparaît que, tant d'un point de vue clinique qu'en ce qui concerne les facteurs contextuels, les points communs entre les différentes formes de violences de nature sexuelle sont plus nombreux que ce qui les différencie. Il n'est cependant pas possible d'isoler des groupes cliniques spécifiques. La même hétérogénéité sur le plan psychopathologique se retrouve également chez les adolescents auteurs de violences sexuelles.

La conférence s'accorde sur le fait que « les troubles de la sexualité correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des solutions défensives par rapport à des angoisses majeures concernant l'identité de la personne, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance ».

Pour autant, les facteurs de risque associés à la violence sexuelle ne sont pas réductibles à des agressions sexuelles dans l'enfance. Ainsi, la conférence de consensus souligne que les études récusent le caractère inéluctable de la répétition des violences sexuelles et le lien causal entre une agression pendant l'enfance et la commission plus tard d'un tel acte en tant qu'auteur. Cependant, en tant que traumatismes subis, les agressions sexuelles pendant l'enfance font partie des facteurs de risque, tout comme les carences affectives responsables de perturbations des liens d'attachement et les maltraitances. En outre, abus et dépendances à l'alcool sont fréquemment associés aux aspects psychopathologiques.

L'ensemble de ces éléments de diagnostic quant à la nature et à l'importance des besoins induit une action spécifique des équipes de psychiatrie à plusieurs égards.

1.2. La spécificité de l'action des équipes de psychiatrie

Partant de l'intrication fondamentale entre les dimensions judiciaires, sanitaires et sociales des besoins, la mise en oeuvre d'une action adaptée dans le champ de la santé implique d'aborder concomitamment les enjeux déontologiques, éthiques, juridiques, administratifs et pratiques de la problématique envisagée.

L'enjeu essentiel d'une telle action est alors de proposer, dans le cadre légal en vigueur, une articulation entre sanction et contrôle judiciaire et soin, sans donner lieu à une confusion des missions et des rôles respectifs des acteurs judiciaires, sociaux et médicaux.

a) Prendre en compte le contexte médico-légal

La première spécificité de l'action des équipes de psychiatrie résulte du fait que la prise en charge des auteurs de violence sexuelle peut découler d'une décision judiciaire et s'inscrire dans le cadre d'une peine. La loi du 17 juin 1998 prévoit que l'injonction de soins à laquelle est soumise la personne condamnée, dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire, ne sera entreprise qu'avec son consentement. Elle ne peut être prononcée qu'après qu'une expertise psychiatrique l'a indiquée et ne s'appliquera qu'à l'issue de l'incarcération. Cependant, pendant cette dernière, le juge d'application des peines est tenu d'indiquer à la personne qu'elle peut entamer des soins.

De 2000 à 2003, plus d'un millier de suivis socio-judiciaires ont été prononcés sans pouvoir comptabiliser ceux qui comprennent une injonction de soins.

Cependant, la loi de 1998 laisse subsister, dans le cadre de certaines peines mais aussi au sein d'un suivi socio-judiciaire, la possibilité pour le juge d'ordonner une obligation de soins, sans que celle-ci soit de manière obligatoire indiquée par une expertise pénale. Il s'agit encore des mesures judiciaires les plus fréquemment prononcées.

Ces soins pénalement ordonnés concernent également les mineurs auteurs de violences sexuelles.

b) Redonner sa place à la clinique et au soin

Au-delà de l'abord judiciaire, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles implique de resituer la problématique dans sa dimension thérapeutique, au cours de la phase pénale et judiciaire mais également en amont et en aval de cette étape, dans la triple dimension de prévention, de repérage et de soins qui revient aux acteurs sanitaires.

C'est pourquoi la prise en charge des auteurs de violence sexuelle requiert des professionnels formés à la prise en charge de ce public et à certaines modalités thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou psychothérapeutiques. Ces dernières doivent ainsi être adaptées. Les risques personnels et notamment affectifs encourus par les différents intervenants lors des prises en charge de cette population rendent, en outre, d'autant plus indispensable le travail d'équipe.

La mise en oeuvre de projets de soins individualisés et formalisés est par ailleurs essentielle afin d'adapter régulièrement les approches thérapeutiques adoptées au regard des progrès individuels et de l'efficacité du traitement dans son ensemble.

La dimension plurielle de ce projet de soins doit permettre également d'aborder autant que de besoins ses aspects sociaux et judiciaires. Cet enjeu implique pour les équipes de psychiatrie une action partenariale la plus large auprès des autres acteurs de soins de première ligne (au premier rang desquels les médecins généralistes), du champ social et du champ judiciaire (parmi lesquels les services pénitentiaires d'insertion et de probation). Dans cette articulation entre soin, social et mesure judiciaire, le médecin coordonnateur assume un rôle d'interface entre les acteurs judiciaires et pénitentiaires et les thérapeutes.

Partant des spécificités des besoins et de l'action des équipes de psychiatrie qui en découle, il convient alors d'établir des axes d'amélioration de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

2. Modalités d'amélioration de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

L'amélioration de la prise en charge des auteurs de violence sexuelle s'inscrit dans la définition de niveaux complémentaires d'offre de soins :

- une offre de proximité : les auteurs de violence sexuelle qui présentent un trouble psychique relèvent des missions habituelles de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation sociale assurées par les équipes de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvenile ;
- une offre de recours et d'appui : les centres de ressources. Ils ne se substituent pas aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics mais constituent un dispositif complémentaire d'appui du dispositif de soins « de droit commun » pour ce public difficile à appréhender.

2.1. Favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins

L'application des principes généraux d'organisation des soins (proximité, accessibilité et continuité des soins) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiatriques que présentent les auteurs de violence sexuelle que ces derniers sortent parfois d'une longue incarcération et ne relèvent donc pas toujours d'emblée d'un secteur psychiatrique donné, et qu'ils peuvent faire l'objet d'un soin ordonné par l'autorité judiciaire.

En outre, si les personnes concernées peuvent demander des soins de manière spontanée, même en dehors de tout processus judiciaire, beaucoup d'entre elles sont réticentes à cet engagement ou peuvent présenter un consentement sans processus d'adhésion aux soins. Il y a lieu de souligner toute l'importance du travail préalable, qui peut conduire à un engagement dans les soins.

Les axes de l'amélioration de la prise en charge des auteurs de violence sexuelle sont donc les suivants :

a) Privilégier l'accessibilité et la proximité des soins

Ce principe positionne prioritairement l'offre de soins ambulatoire des secteurs de psychiatrie, compte tenu de l'accessibilité, de la pluridisciplinarité et de l'intégration de ce dispositif dans la communauté et dans des réseaux de partenaires diversifiés.

La spécificité des besoins des auteurs de violences sexuelles rend nécessaire une organisation des soins adaptée de la part des équipes de secteur. Il est souhaitable de favoriser des organisations intersectorielle afin de proposer des modalités thérapeutiques adaptées (groupes de paroles, ateliers thérapeutiques...), de permettre des organisations correspondant à des seuils critiques d'activité et à la mutualisation de compétences entre plusieurs secteurs (organisation d'activité sur des créneaux horaires adaptés, consultations spécialisés, activités de groupe impossibles au sein d'un seul secteur...).

Les équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire sont également concernées. La présentation des modalités de prise en charge possibles doit pouvoir être faite lors de l'entretien à l'entrée en détention. Par la suite, l'incitation aux soins doit également être favorisée sans pour autant reposer sur ces seules équipes.

b) Favoriser la continuité des soins

Au-delà de l'accessibilité des soins, la prise en charge implique la recherche d'une continuité à différents niveaux.

L'accent doit être mis sur la continuité entre les différentes équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire au moyen notamment de la transmission du dossier médical de l'intéressé. La continuité des prises en charge implique également une articulation avec les institutions judiciaires (juge d'application des peines, parquet et protection judiciaire de la jeunesse pour les mineurs) et pénitentiaires (travailleurs des services pénitentiaires d'insertion et de probation et personnels des établissements pénitentiaires). Cette articulation vise à la fois à permettre un accès et une continuité des soins mais aussi un suivi socio-éducatif et judiciaire cohérent.

Au-delà de la période d'incarcération, l'organisation de la continuité des soins, avec la personne concernée, à la sortie de l'incarcération est également essentielle. Elle nécessite la mise en cohérence du projet de soins élaboré par l'équipe de soins intervenant en milieu pénitentiaire avec le projet de sortie réalisé par les équipes du service d'insertion et de probation. Les soins éventuels démarrés en milieu pénitentiaire, doivent être poursuivis par le dispositif sectoriel de psychiatrie, en lien autant que de possible avec les médecins de la filière de soins générale.

La conférence de consensus recommande que l'organisation du dispositif de soin veille à garantir cette continuité des thérapeutiques, dont l'organisation du système judiciaire et pénitentiaire doit tenir compte. Ainsi, la prise en charge des personnes auteurs de violence sexuelle requiert une articulation entre les professionnels de santé, sociaux et de la justice. Ces prises en charges sont interdépendantes lorsque ces personnes sont sous main de justice et condamnées à suivi socio-judiciaire avec une injonction de soins. La conférence de consensus insiste sur la nécessité de créer des réseaux Santé/justice (judiciaire et pénitentiaires).

Au-delà du rôle essentiel du dispositif de soins de proximité et de « droit commun », il importe de disposer d'un dispositif de recours et d'appui au travers de centres de ressources comportant des compétences spécifiques dans le domaine de la recherche, de la formation et du soin adaptées à la spécificité des besoins de ce public.

2.2. Accompagner l'amélioration de la prise en charge sanitaire des auteurs de violences sexuelles par la création de centres de ressources interrégionaux

a) Objectifs et missions des centres de ressources

Au regard des développements ci-dessus, la création de centres ressources sur les auteurs de violences sexuelles répond à plusieurs objectifs :

- mettre en lien les différentes équipes de psychiatrie et les professionnels qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles afin de favoriser une synergie de confrontation positive des pratiques, d'évaluation de ces dernières, de recherche ;
- répondre aux besoins de connaissances et de compétences sur ce public de la part des équipes de psychiatrie et des professionnels qui rencontrent des difficultés lors des prises en charge formulées par des personnes concernées ;
- structurer les liens institutionnels entre les équipes de psychiatrie et les acteurs judiciaires et pénitentiaires autour du suivi d'un public commun ;
- favoriser une appréhension de la prévention de ces actes violents.

Ces centres de ressources n'ont aucunement vocation à se substituer aux équipes de soins de proximité ni à assurer directement une prise en charge thérapeutique exclusive des patients. Le public premier de ces centres est constitué par les professionnels de soins spécialisés ou non, hospitaliers ou libéraux qui prennent en charge les auteurs de violences sexuelles ou qui interviennent à titre d'expert ou au titre de médecins coordonnateurs dans le cadre de la [loi de 1998](#).

Les centres de ressources s'inscrivent dans un partenariat avec les professionnels de la justice. Ils sont également les interlocuteurs des acteurs de la prévention. Enfin, ils doivent pouvoir renseigner des personnes sous injonction ou obligation de soins, et leurs familles s'il s'agit de mineurs, qui recherchent des thérapeutes.

Ainsi, les missions de ces centres peuvent être définies comme suit :

- développer la prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) et être l'interface des acteurs qui mènent déjà ou souhaitent mener des actions de prévention dans ce domaine ;
- être un lieu de soutien et de recours pour les praticiens et les équipes de prise en charge de proximité, notamment pour la prise en charge de cas difficiles ou pour être un support et un conseil pour l'organisation de modalités de prise en charge adaptées (thérapies de groupe, par exemple) ;
- être promoteur de réseaux dans une double perspective de prise en charge et d'échanges cliniques et sur les pratiques, en favorisant les rencontres entre équipes soignantes confrontées à des demandes de prise en charge d'AVS qui constitueront la base d'une capitalisation des pratiques et d'une stimulation de leur évaluation et de leur évolution. Cette fonction d'animation de réseau positionnera également les centres de ressources 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 ;
- assurer les formations des professionnels, notamment les experts auprès des tribunaux, en matière de violences sexuelles et promouvoir les modalités de formation croisées entre professionnels de santé et de la justice ;
- rechercher, rassembler, mettre à la disposition et faire connaître des professionnels toute la documentation et la littérature sur les auteurs de violences sexuelles ;
- impulser et diffuser la recherche et l'évaluation des pratiques dans le domaine de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, en utilisant les dispositifs de recherches existants (au niveau national hospitalier ou non, régional ou local) en tenant compte de la nécessité de recherches spécifiques au niveau régional et de recherche à un niveau national. Ces dernières pourront être promues par un réseau de centres ressource.

b) Modalités d'organisation

Plusieurs principes doivent être rappelés :

- le centre de ressources a une vocation sanitaire ;
- le promoteur doit faire état d'une compétence et d'une expérience avérées dans le domaine de la prise en charge des AVS et si possible en matière de formation et de recherche ;
- il doit être en capacité de fédérer un réseau de partenaires ;
- les centres de ressources ont une vocation interrégionale.

Ainsi, compte tenu de la fonction d'interface et du dimensionnement interrégional de ces centres, il convient de privilégier une organisation fédérative (fédération, convention de coopération, groupement de coopération sanitaire - GCS....) associant autour de ce projet plusieurs équipes disposant d'une compétence avérée en ce domaine.

c) La nécessité d'un recensement préalable

Compte tenu de la complexité de tels projets, il est indispensable d'établir au préalable, sur le territoire envisagé, un recensement :

- des promoteurs de ce centre de ressources susceptibles qui seront déterminés en fonction de leur compétence à exercer l'une ou l'autre des missions du centre de ressources. A cet égard, s'ils ne sauraient être exclusifs, les services de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire ont un rôle incontournable ;
- des utilisateurs et des partenaires (secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile, médecins libéraux, services de la justice, de la protection judiciaire de la jeunesse, des services pénitentiaires d'insertion et de probation, universités).

Le dimensionnement interrégional prévu par le plan Psychiatrie et santé mentale vise à permettre une mutualisation des <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgso26c-n-2006-168-du-13-avril-2006-relative-a-la-prise-en-charge-de-s-auteurs-de-violences-sexuelles-et-a-la-creation-de-centres-de-ressources-interregionaux/>

compétences dans des lieux repérés, adossés à un ou plusieurs établissements de santé. Au plan national, aucun schéma territorial n'est privilégié. Un premier centre a été financé en 2005 localisé en région Rhône-Alpes. Ce centre revêt une vocation pilote et une dimension d'expérimentateur, sur laquelle les nouveaux projets pourront s'appuyer. Sur la période 2006-2008, 4 millions d'euros sont en effet disponibles (1 million d'euros en 2006, 1 million d'euros en 2007 et 2 millions d'euros en 2008) pour accompagner la création de nouveaux centres, en s'appuyant sur des dispositifs existants. Au terme de deux ans de fonctionnement, une évaluation des premiers centres ressources sera effectuée.

Ainsi, il appartient aux ARH de s'appuyer sur leur analyse des besoins et sur des synergies interrégionales existant dans ce domaine (organisation des soins en milieu pénitentiaire, réseau de l'ARTAAS) pour soutenir le montage de nouveaux projets, sur la base des principes posés par la présente circulaire et de faire remonter des projets de création de centres de ressources. Les dossiers seront adressés chaque année par l'ARH, au bureau O2 de la DHOS et au bureau SD 6C de la DGS avant le 1er mai, en vue d'une validation nationale des projets et, le cas échéant, de l'allocation des ressources correspondantes.

Source Bulletin Officiel n° 2006/4 du 15 mai 2006