

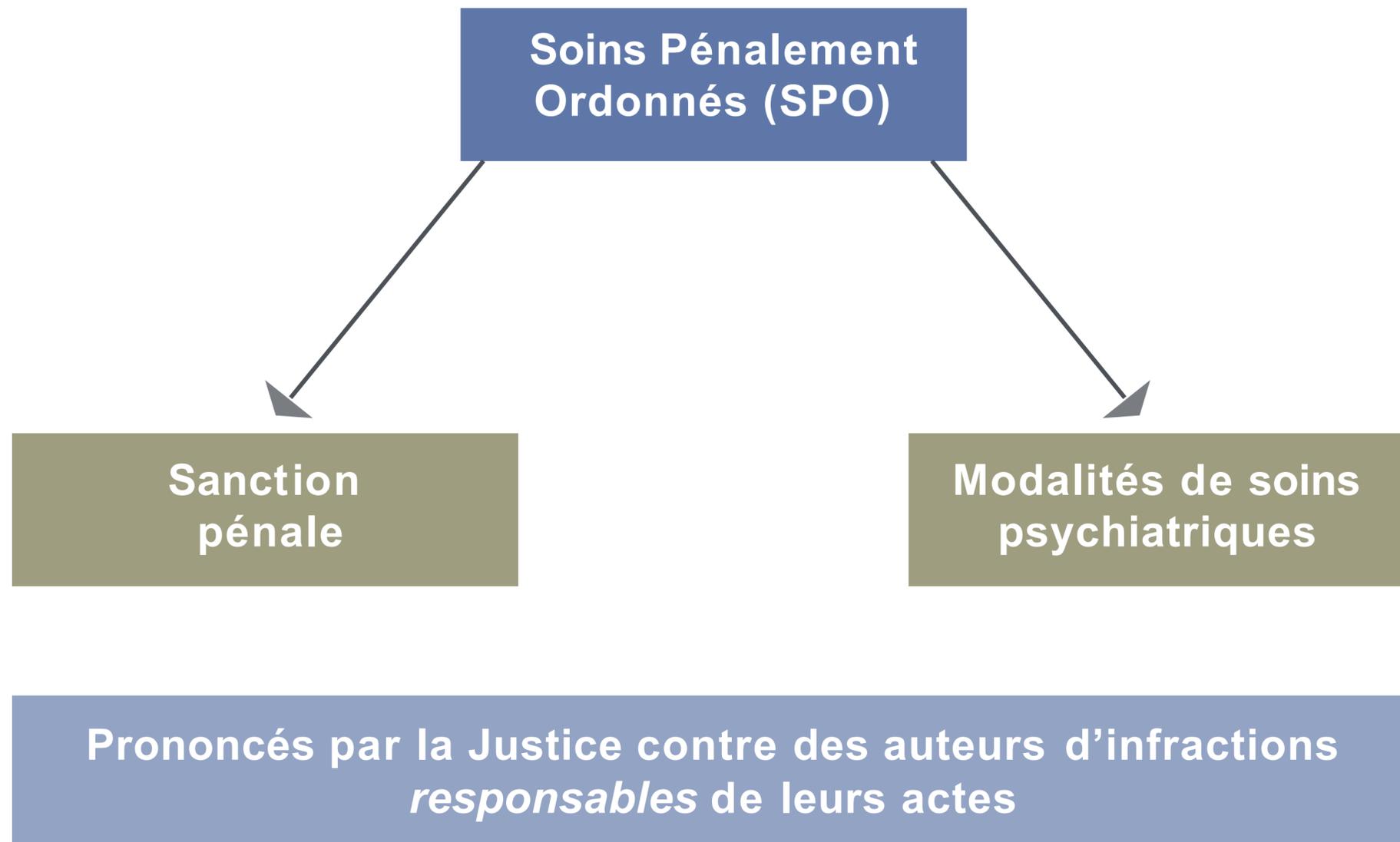
SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS

Docteur Carole BARRE
Psychiatre, USMP MA Angers
Expert près la Cour d'Appel d'Angers

Docteur Manuel ORSAT
Psychiatre, Pôle Santé Sud, Le Mans
Expert près la Cour d'Appel d'Angers

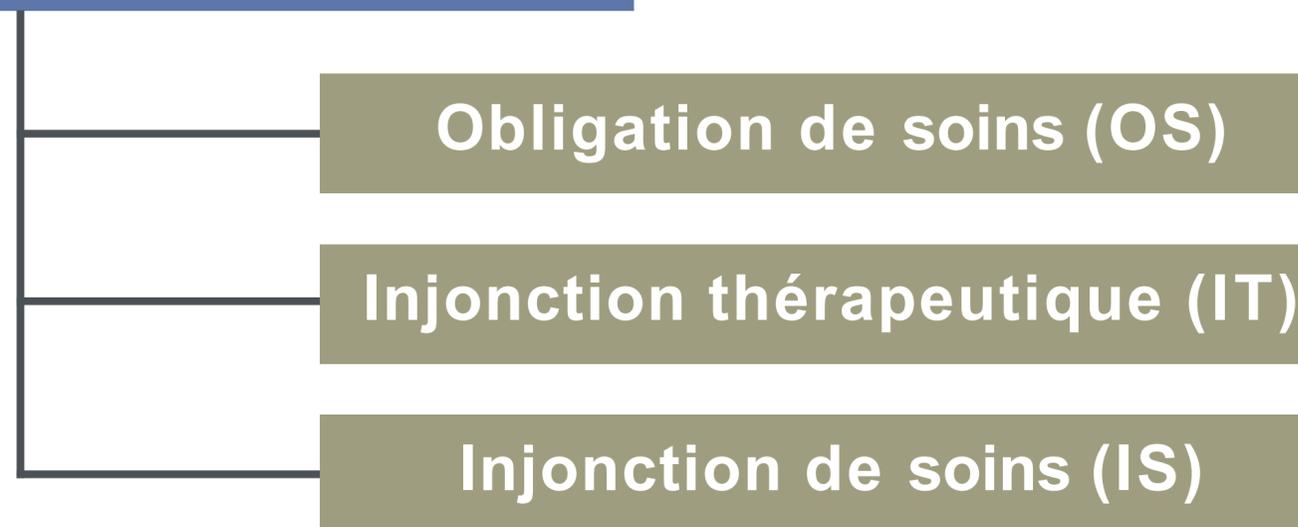
Section Psychiatrie Légale de l'AFPBN
Compagnie Nationale des Experts Psychiatres près les Cours d'Appel

DÉFINITION GÉNÉRALE



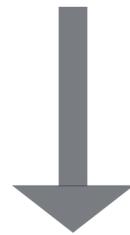
DÉFINITION GÉNÉRALE

Les trois formes de SPO



- ▶ Des soins qui ne peuvent être dispensés qu'en **milieu ouvert**, et jamais en détention
- ▶ Le « **consentement** » est un prérequis (mais peine privative de liberté prévue en cas de refus des soins)

Articulation JUSTICE / SANTE



Protection de la société et
prévention de la récidive

- Peines de plus en plus prononcées par les juridictions et modalité de soins souvent rencontrée par les psychiatres

OBLIGATION DE SOINS

Mesure de SPO la plus fréquemment prononcée par les juridictions

Fréquemment rencontrées par les psychiatres

OS = obligation de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation

L'OS PEUT INTERVENIR À DIFFÉRENTES PHASES DU PROCÈS PÉNAL

En pré-sentenciel **(Art. 138 du CPP)**

- ▶ Modalité du *contrôle judiciaire* ou de l'*Assignment à Résidence sous Surveillance Electronique*, prononcée par le Juge d'Instruction ou le JLD, lorsque la personne mise en examen encourt une peine d'emprisonnement délictuelle ou de réclusion criminelle
- ▶ Une modalité du contrôle judiciaire prononcée par le JLD lorsque la convocation en Justice est remise par le Procureur de la République à l'issue d'un déferrement (Art. 394 du CPP)

A la phase de jugement

- ▶ Prononcée par toute juridiction de jugement dans le cadre d'un Sursis avec Mise à l'Epreuve ou sursis-TIG, d'un Suivi Socio-Judiciaire ou d'une contrainte pénale

En post-sentenciel

- ▶ Prononcée par le JAP, dans le cadre d'un aménagement, d'un SME

- ▶ La personne doit prendre attache auprès d'un **professionnel de santé** (dont les compétences sont adaptées à la problématique ciblée par l'OS)
 - ▶ Elle doit apporter la preuve qu'elle se soumet à cette obligation : **attestation** de soins ou de consultations

Modalités

- ▶ **Aucune expertise psychiatrique** préalable n'est requise
- ▶ Peut être prononcée à l'encontre de tout auteur de **crimes** ou de **délits** punis d'emprisonnement et **âgé de plus de 13 ans**

DURÉE DE L'OBLIGATION DE SOINS

Pré-sentenciel

- ▶ Toute la durée du contrôle judiciaire ou de l'ARSE

Sentenciel

- ▶ Correspond à la durée d'épreuve de la mesure (entre 1 an et 3 ans, en cas de récidive peut être portée à 5 ans voire 7 ans)

Post-sentenciel

- ▶ L'OS prononcée par le JAP couvre le temps de la mesure à laquelle elle se rattache (par exemple la durée d'épreuve d'un SME ou la durée de la peine d'emprisonnement ayant fait l'objet d'un aménagement)

MAINLEVÉE

- ▶ Lorsque l'OS est prononcée par une juridiction de jugement ou le JAP, ***seul le JAP peut la lever***
 - ▶ Même si le psychiatre n'estime pas opportune cette mesure de soins, elle est une peine qui s'applique à la personne condamnée
- ▶ La demande de mainlevée peut-être formulée auprès du juge par l'intéressé, comme pour toute autre obligation

LES ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE L'OS

Contenu de
la prise en charge



Médecin
psychiatre

- Les situations cliniques et criminologiques rencontrées sont très variables et ne font l'objet d'***aucune recommandation spécifique*** de prise en charge

Si le médecin l'estime indiqué, un suivi IDE peut correspondre à l'OS

LES ACTEURS DE L'OBLIGATION DE SOINS

Le Médecin psychiatre

- Reçoit le condamné en soins

Le CPIP

- Réceptionne les justificatifs de suivi
- Incite l'intéressé à suivre les obligations
- Rend compte au JAP de l'exécution de la peine

LES ACTEURS DE L'OBLIGATION DE SOINS

Le JAP

- Surveille l'exécution de cette obligation
- Communique au médecin traitant les éléments de procédure utiles
- Fait appliquer la peine d'emprisonnement prévue en cas de non respect de l'OS

Le Parquet

- Saisit le JAP en vue de l'organisation d'un débat contradictoire

PAS D'ARTICULATION ENTRE CHAMP JUDICIAIRE ET SANITAIRE

OBLIGATIONS DE SOINS : À RETENIR

- ▶ Compte-tenu de son large spectre, **l'OS est fréquemment prononcée**
- ▶ Elle n'implique **pas d'articulation** formalisée par la loi **entre Justice et Psychiatrie**
- ▶ Elle n'est en aucun cas un dispositif de soins sans consentement
- ▶ **L'absence d'expertise psychiatrique** préalable, la fréquente **absence de trouble mental** chez les sujets en OS et une **demande de soin imposée** par la Justice sont des facteurs pouvant favoriser les « thérapies vides »

INJONCTION THERAPEUTIQUE

- ▶ **L'injonction thérapeutique** est une modalité d'obligation de soins, avec quelques spécificités
 - ▶ Introduite dans la loi du 31 décembre 1970
- ▶ Constitue une **voie d'accès aux soins**, sur incitation de la Justice, pour des personnes présentant des **troubles d'usage des substances** sans prise en charge sanitaire

L'IT peut être

- ▶ Une obligation de la composition pénale, mesure alternative aux poursuites pénales : elle est alors prononcée préalablement à l'engagement de l'action publique et la durée de la mesure est de 24 mois maximum
- ▶ Une obligation assortissant une peine de type SME, STIG, Contrainte Pénale

Des attestations de consultations ou de soins sont utiles à l'intéressé pour prouver le respect de la mesure

LES ACTEURS DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

Le Médecin relais

- ▶ Habilité par l'ARS, inscrit sur liste du Procureur de la République
- ▶ Oriente le sujet vers les professionnels adéquats
- ▶ Informe l'autorité judiciaire de l'évolution du sujet et de sa dépendance

Le Parquet

- ▶ Contrôle l'exécution de l'IT lorsqu'elle est prononcée dans le cadre d'une alternative aux poursuites
- ▶ En cas de succès de la prise en charge et du respect de la mesure, la procédure est ***classée sans suite***
- ▶ Dans le cas contraire, les poursuites sont engagées

LES ACTEURS DE L'INJONCTION THÉRAPEUTIQUE

Le JAP

- ▶ A les mêmes missions que dans l'OS

ARTICULATION ENTRE CHAMP JUDICIAIRE ET SANITAIRE

Autorité judiciaire
Prononce l'IT

Informe

ARS

*Fait connaître
ses conclusions*

Médecin relais
Evalue l'opportunité
de l'IT

Désigne

INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : À RETENIR

- ▶ L'IT est une OS pour les personnes présentant une **addiction**
- ▶ Elle peut être mise en œuvre comme **alternative aux poursuites**
- ▶ Elle implique un **médecin relais**

INJONCTION DE SOINS

- ▶ **L'injonction de soins** est apparue dans la loi du 17 juin 1998 instaurant le suivi socio-judiciaire (SSJ)
 - ▶ Initialement destinée aux **auteurs d'infractions à caractère sexuel**, son champ s'est étendu à de très nombreuses infractions
- ▶ Objectif essentiel : **prévention de la récidive**

INJONCTION DE SOINS

L'IS ne peut être prononcée qu'après qu'une **expertise psychiatrique** a conclu à son opportunité et en répression **d'infractions pour lesquelles le Suivi Socio-Judiciaire est encouru**

- Meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbaries
- Viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle
- Corruption d'un mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur ou de messages à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle
- Crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre ; meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime ; assassinat ; meurtre aggravé ; empoisonnement
- Crimes d'enlèvement et de séquestration
- Torture ou actes de barbarie
- Destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie ou tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes, ainsi que le fait de diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction
- Actes de violence contre les personnes commis par le conjoint (ex) ou concubin (ex) ou partenaire (ex) lié à la victime par un PACS
- Actes de violence commis sur un mineur de 15 ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou toute autre personne ayant autorité sur la victime.
- Délit de propositions sexuelles à un mineur de 15 ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique, aggravé si ces propositions sont suivies de rencontre

MODALITÉS DE L'IS

Le SSJ : principal cadre juridique d'application de l'IS

Par principe, le SSJ comporte une IS, sauf décision spécialement motivée par la juridiction de jugement, loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

L'IS peut également s'inscrire dans le cadre :

- ▶ d'une **libération conditionnelle** (Art. 731-1 CPP)
- ▶ d'une **surveillance judiciaire** (pour les condamnés libérés qui ont été déclarés dangereux, la surveillance s'applique le temps équivalent aux réductions de peine dont ils ont bénéficié et comporte des obligations dont l'IS, Art. 723-29 à 723-39 CPP)
- ▶ d'une **surveillance de sûreté** (qui prolonge les obligations dont l'IS qui se rattachent notamment à une surveillance judiciaire ou un SSJ au-delà de la durée de celle-ci, Art. 723-37 CPP, 763-CPP)

FOCUS SUR LE SSJ

- ▶ La peine de SSJ ne peut être prononcée que par la **juridiction de jugement**
 - ▶ L'IS est prononcée par la juridiction de jugement dans le cadre d'un SSJ
 - ▶ Mais l'IS peut aussi être ajoutée à tout moment, en dehors d'un SSJ, par le JAP, dès lors que l'infraction pour laquelle l'intéressé a été condamné est passible d'une peine de SSJ.

L'expertise psychiatrique concluant à l'opportunité de l'IS est indispensable, à tous les stades.

Pour les délits, le SSJ peut être prononcé à titre de **peine complémentaire** d'une peine privative de liberté ou à titre de **peine principale** (c'est-à-dire en l'absence de peine d'emprisonnement)

Pour les crimes, le SSJ peut être prononcé à titre de **peine complémentaire** d'une peine privative de liberté

DURÉE DU SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

- ▶ **Pour les délits** : la durée maximale du SSJ est de **10 ans**
 - ▶ Sauf si la juridiction de jugement décide de la porter à 20 ans sur décision spécialement motivée
- ▶ **Pour les crimes** : la durée maximale du SSJ est de **20 ans**
 - ▶ Portée à 30 ans maximum pour les crimes punis d'une réclusion criminelle de 30 ans
 - ▶ Voire sans limitation de durée pour les crimes punis de la réclusion criminelle à perpétuité

INJONCTION DE SOINS ET CONSENTEMENT

- ▶ L'IS n'est pas un soin sans consentement
 - ▶ **Le consentement du sujet doit être obtenu**
 - ▶ S'il n'y consent pas, de même que s'il ne respecte pas le cadre de l'IS (non présentation aux consultations médicales, rupture du suivi ou du traitement), il encourt une **peine d'emprisonnement**, préalablement fixée par la juridiction de jugement

Emprisonnement max. encouru pour non-respect de l'IS

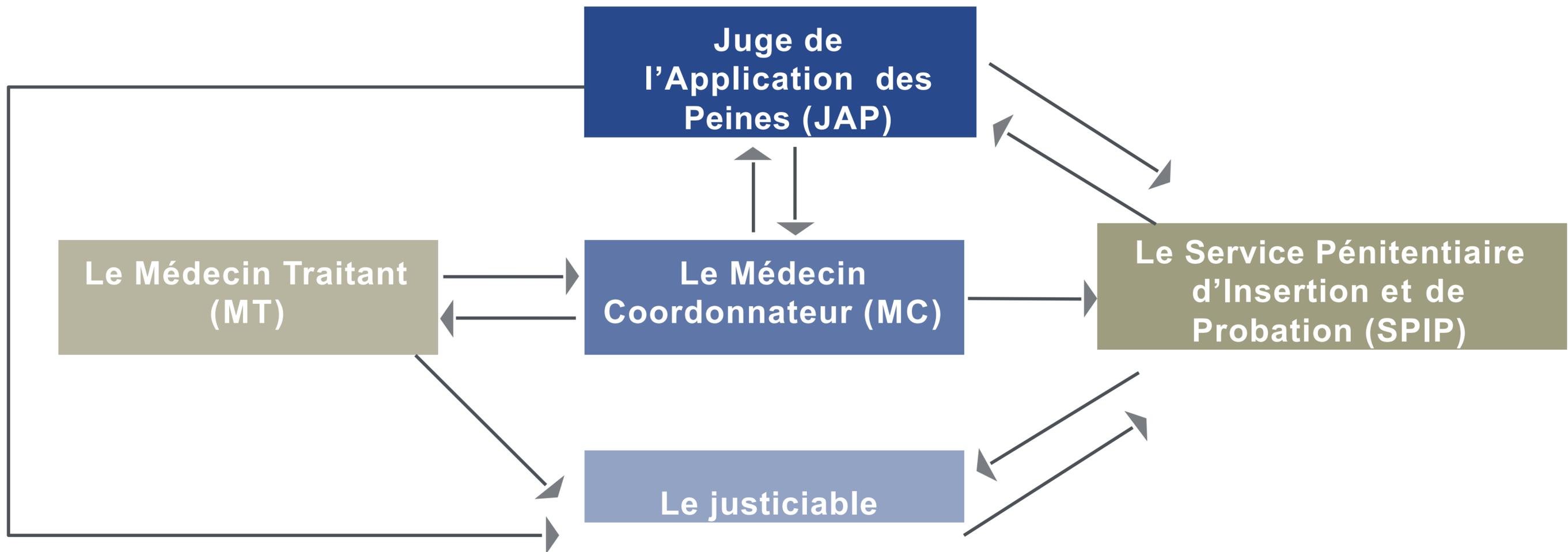
- ▶ Pour les délits : 3 ans
- ▶ Pour les crimes : 7 ans

- ▶ L'IS ne peut débuter qu'en phase **post-sentencielle**
 - ▶ Après l'établissement de la **culpabilité** de l'intéressé

L'IS **ne commence pas en détention** :

- ▶ Seule une incitation aux soins peut être proposée
- ▶ Début après la peine privative de liberté, et accomplissement en milieu ouvert
- ▶ Mais, le JAP informe le condamné **au début de la détention** qu'il doit mettre en œuvre des soins dès son incarcération, à défaut de quoi il ne pourra pas prétendre aux réductions de peines supplémentaires

LES ACTEURS DE L'INJONCTION DE SOINS



ARTICULATION ENTRE CHAMP JUDICIAIRE ET SANITAIRE

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

- ▶ Interface entre le JAP et le psychiatre (ou psychologue traitant)
- ▶ Il convoque la personne soumise à l'IS pour lui faire part des modalités d'exécution de cette mesure
- ▶ Il fait une **évaluation clinique précise** du fonctionnement psychique et de la psychopathologie de l'intéressé, qu'il met en **continuité avec le contenu des expertises** antérieures afin d'établir une **évaluation longitudinale** de l'évolution de la personne depuis son PAA

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

- ▶ Il invite la personne à choisir un médecin (psychiatre le plus souvent) ou psychologue traitant
- ▶ Il peut refuser d'avaliser le choix d'un médecin ou psychologue traitant par la personne condamnée dans la mesure où celui-ci n'est pas, à son sens, en mesure de conduire la prise en charge du condamné

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

- ▶ Il informe de médecin/psychologue traitant pressenti du **cadre juridique** dans lequel s'inscrit l'IS et s'assure de son **accord** pour prendre en charge la personne et ceci par écrit dans un délai de 15 jours à compter de la formalité d'information
- ▶ Il informe le médecin/psychologue traitant qu'il peut leur faire parvenir, à leur demande, les pièces du dossier et notamment les expertises et le jugement
- ▶ Il **évalue l'évolution du sujet** tout au long de la prise en charge médico-psychologique et psychiatrique
- ▶ Il **conseille le médecin traitant** ou le psychologue traitant si ceux-ci en font la demande

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

- ▶ Il doit **convoquer** la personne condamnée **au moins une fois par trimestre** afin de réaliser un bilan de sa situation
- ▶ Il transmet au JAP, **au moins une fois par an**, les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins
- ▶ Si la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'art. 706-53-13 du CPP, ce rapport est adressé au moins deux fois par an
- ▶ Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur **l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins**, ainsi que sur les modalités de poursuite de la mesure

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

- ▶ Le médecin coordonnateur ne doit pas avoir de lien familial, d'alliance ou d'intérêt professionnel avec le condamné
- ▶ Il ne doit être, ni devenir son médecin traitant, ni avoir procédé à son expertise au cours de la procédure, ni être désigné pour y procéder au cours du suivi socio-judiciaire

PRISE EN CHARGE DES SUJETS EN IS

- ▶ **Le condamné choisi son médecin traitant** (psychiatre la plupart du temps) ; il peut s'agir d'un psychologue ayant au moins 5 ans d'expérience
- ▶ Le psychiatre traitant est habilité à informer le JAP ou le CPIP de l'interruption du traitement, il doit également en aviser le médecin coordonnateur
Il peut proposer au JAP d'ordonner une expertise médicale

PRISE EN CHARGE DES SUJETS EN IS

- ▶ C'est l'état de santé du sujet qui préside aux orientations de prise en charge psychiatrique :
 - ▶ Le contenu : psychothérapie, chimiothérapie, prise en charge groupale
 - ▶ Le cadre : consultation, hospitalisation de jour ou complète, fréquence, durée des entretiens...
 - ▶ ...ne sont pas influencés par le caractère pénalement ordonné des soins
- ▶ Les **traitements freinateurs de la libido** pourront être proposés. Comme pour tout traitement, l'obtention du **consentement** du patient est un préalable à la prescription
- ▶ Les attestations de suivi sont remises au sujet en soins

SECRET PROFESSIONNEL

- ▶ L'exercice professionnel des médecins et/ou psychologues dans le cadre de l'IS interroge régulièrement la déontologie et l'éthique
- ▶ Garantir un secret professionnel indispensable pour construire l'espace de soin
- ▶ Le médecin ou psychologue traitant peut :
 - contacter le médecin coordonnateur en cas de besoin
 - le JAP / CPIP / médecin coordonnateur en cas d'interruption du traitement

Mais il *n'est pas délivré du secret professionnel*

Il n'a pas à justifier sa position ou argumenter un point de vue



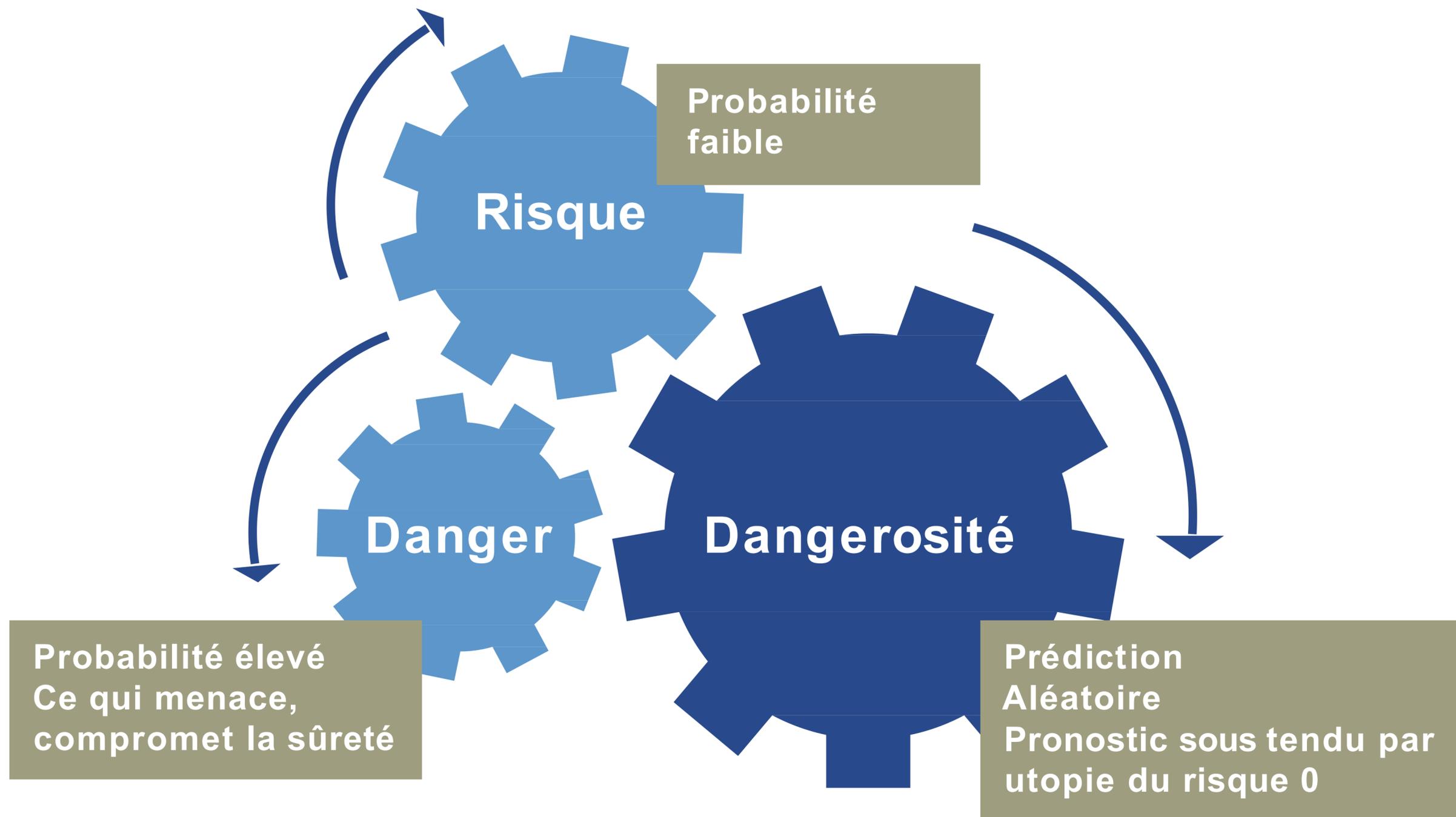
CONCLUSION ET REMARQUES COMMUNES
AUX SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS

PRISE EN CHARGE DES SUJETS EN IS

- ▶ **Les mineurs peuvent se voir appliquer des SPO**
 - ▶ Pour les mineurs à partir de 13 ans, application des mêmes dispositions que pour les majeurs (avec diminution des peines de moitié)
 - ▶ Le contrôle n'est pas assuré par le SPIP, mais par la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- ▶ **L'obligation de suivre des soins est faite au condamné, et non au médecin**
 - ▶ Tout médecin est en droit de décliner la demande de soins formulée par une personne condamnée à des SPO, dès lors qu'il respecte les règles habituelles d'orientation vers un autre confrère ou une autre structure
- ▶ **Les populations concernées sont hétérogènes et mal caractérisées** au plan criminologique, psychiatrique et psycho-social
 - ▶ Les travaux de recherche sont encore rares
- ▶ **Le nombre de mesures de SPO est en forte augmentation depuis une quinzaine d'années**
 - ▶ Les soins psychiatriques en complément ou dans le cadre de la peine se sont progressivement imposés comme une dimension habituelle de la peine



LA DANGEROUSITÉ



DANGEROUSITÉ

- Bénézech

« Etat, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction »

DANGEROUSITÉ : LECTURE HISTORIQUE

Psychiatrique

- Risque de passage à l'acte lié à un trouble mental
- Critères

Criminologique

- Pronostic/nouvelle infraction
- Approche pluridisciplinaire
- Processus dynamique

APPRÉCIATION DE LA DANGÉROSITÉ : DEUX ÉCOLES S'AFFRONTENT

- Lecture uniquement clinique non structurée

VERSUS

- Echelles actuarielles
 - Issues de la recherche en criminologie
 - Basées sur des éléments statistiques

OUTILS STRUCTURÉS

ECHELLES ACTUARIELLES

- ▶ Construites à partir des données de la littérature
- ▶ Prennent en compte :
 - ▶ Violence passée
 - ▶ Éléments renforçateurs de violence
 - ▶ Stimuli capables de déclencher la violence
- ▶ Prédiction statistique du risque par démarche purement algorithmique
- ▶ Reproductible en cas de changement d'évaluateur
- ▶ Évaluateur n'a pas besoin d'être un clinicien
- ▶ Utilisées principalement dans les milieux carcéraux

ÉCHELLE ACTUARIELLE VRAG

- ▶ Violence Risk Appraisal Guide
- ▶ 12 items combinés selon une pondération
- ▶ Score total de 0 à 100%

VRAG Violence Risk Appraisal Guide

1. Psychopathie (PCL-R)
2. Inadaptation scolaire à l'élémentaire
3. Trouble de personnalité
4. Âge au moment du délit
5. Séparation de l'un ou l'autre de ses parents (exception de la mort) avant 16 ans
6. Manquement antérieur à une libération sur parole
7. Histoire de délits non violents (selon échelle de Cormier-Lang)
8. N'a jamais été marié(e) (ou équivalent)
9. Schizophrénie
10. Blessure la plus sérieuse infligée à une victime (délit actuel)
11. Histoire d'abus d'alcool
12. Victime du délit actuel est une femme

LA SOMME DES PARTIES NE FAIT PAS UN TOUT

- ▶ La fiabilité de tels instruments reste discutable
- ▶ Intérêt de ces instruments
 - ▶ Suscitent la discussion et la confrontation entre cliniciens
 - ▶ Rendent plus transparents les processus de décision
 - ▶ Permettent d'adopter un langage commun
 - ▶ Permettent de prendre de la distance par rapport à certains biais

ENTRE CES DEUX ÉCOLES : UNE TROISIÈME VOIE ÉMERGE

- ▶ Echelle d'évaluation semi-structurée
 - ▶ Exemple : HCR-20
 - ▶ Echelle utilisée par les cliniciens comportant 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur
 - Le passé (histoire de l'individu)
 - Le présent (appréciation clinique : introspection, résistance au traitement)
 - Le futur (gestion du risque probable)
 - ▶ Trame pour analyse décisionnelle
 - ▶ Validité et fidélité tout en permettant une certaine flexibilité

CONCLUSION

- Risque nul n'existe pas = non sens
- Faible – moyen – élevé
- Entretien clinique = contexte
- Recherches de facteurs favorables et défavorable
- Pondération des items

LES PRÉDICTEURS DE LA RÉCIDIVE

- ▶ Prédicteurs de la récidence de **violence générale**
- ▶ Prédicteurs de la récidence de **violence sexuelle**
- ▶ Prédicteurs de **violence dans la maladie mentale**

PRÉDICTEURS DE LA RÉCIDIVE DE VIOLENCE GÉNÉRALE

- ▶ Commission d'une précédente infraction
- ▶ Orientation anti-sociale
 - ▶ Impulsivité
 - ▶ Défaut de contrôle émotionnel
- ▶ Addiction grave (alcool, cannabis...)
- ▶ Trouble grave de la personnalité
 - ▶ Psychopathie
 - ▶ Personnalité émotionnelle labile
 - Impulsive
 - Borderline
- ▶ Instabilité socio-professionnelle
 - ▶ Changement fréquent d'emploi
 - ▶ Déménagement

ATCDs THADA

PRÉDICTEURS DE LA RÉCIDIVE DE VIOLENCE SEXUELLE

- ▶ Taux de récurrence agresseur sexuel
 - ▶ différence entre les agresseurs des Femmes > enfants

- ▶ Certains marqueurs sont communs

PRÉDICTEURS SEXUELS GÉNÉRAUX

- ▶ Délit sexuel antérieur
 - ▶ Condamnations au niveau juvénile pour IS
 - ▶ Age du premier PAA
- ▶ Victime inconnue
- ▶ Victime de sexe masculin
- ▶ Trouble de la personnalité
- ▶ Préoccupations sexuelles importantes
 - ▶ Masturbations
 - ▶ Supports pornographiques
 - ▶ Rapports sexuels impersonnels
- ▶ Absence de partenaire intime
- ▶ Déviance sexuelle, conduites paraphiliques

PRÉDICTEURS AGRESSEURS SEXUELS D'ENFANTS

- ▶ Intrafamiliaux <risques agresseur
extrafamiliaux
- ▶ Pédophiles homosexuels
- ▶ Passage à l'acte génitalisé
 - ▶ Pénétration
- ▶ Identification affective aux enfants
- ▶ Conflits avec partenaires adultes

PRÉDICTEURS AGRESSEURS SEXUELS FEMMES ADULTES

- ▶ Impulsivité pathologique
- ▶ Psychopathie
 - ▶ Délits violents
 - ▶ Délits sexuels

NE SONT PAS DES PRÉDICTEURS

- ▶ Dénier de l'acte, **minimisation, banalisation**
- ▶ Manque de motivation dans l'IS
- ▶ Problématiques psychologiques
- ▶ Troubles anxieux simples
- ▶ Troubles dépressifs / Manque d'estime de soi / « Faille narcissique »
- ▶ **Gravité des blessures** ou lésions lors de l'agression



EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE DANS LA MALADIE MENTALE

FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX

- ▶ Facteurs sociodémographiques
 - ▶ Jeune Age < 30 ans
 - ▶ Risquer plus important chez un Homme > femme
 - ▶ Célibat
 - ▶ Faible niveau socioéconomique

FACTEURS CONTEXTUELS

▸ Stress

- Chômage, perte d'emploi
- Ressources limitées
- Cadre de vie instable
- Situations conflictuelles
- Divorce, séparation

Risque non figé ou déterminé mais évoluant pour un même individu

FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX

- ▶ Antécédents de violence
 - ▶ Antécédents de **victimisation**
 - Vécu précoce de violences physiques ou psychiques
 - Agressions sexuelles dans enfance ou adolescence
 - Victimisation à l'âge adulte
 - ▶ Comportements **délinquants**, antécédents **d'incarcération** et de violence
 - Précocité des comportements violents
 - Trouble des conduites
 - Fugues
 - Absentéisme scolaire
 - Destruction délibérée de la propriété d'autrui
 - Provocation, bagarres
 - Comparution devant tribunal pour mineurs
 - Exclusion de l'école

FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX

▸ Abus de substance

Association trouble mental et violence est largement exacerbée par les comorbidités addictives :

- Abus d'alcool
- Abus de substances psychoactives

LIAISONS DANGEREUSES

DANGEROUSITÉ PSYCHIATRIQUE

- ▶ Les **états aigus** (accès inaugural ou décompensation)
- ▶ La présence d'**hallucinations** et surtout d'injonction hallucinatoire
- ▶ La présence d'un syndrome **dissociatif** franc
- ▶ La thématique délirante de **persécution ou de mégalomanie**
- ▶ Le passage à l'acte qui est **pensé, évoqué, ébauché**
- ▶ L'**agitation** psychomotrice qui peut aller de la simple agitation
- ▶ jusqu'à la fureur
- ▶ Le vécu émotionnel et affectif du délire et des perturbations psychiques
- ▶ La **conviction** absolue dans le délire, l'absence d'élaboration critique
- ▶ La réticence ou la **non compliance** aux soins

FACTEURS DE RISQUES SPÉCIFIQUES

- ▶ Symptômes psychotiques
 - ▶ Symptômes positifs
 - ▶ Absence de traitement
 - ▶ Idées de persécution liées à des affects douloureux et des angoisses
 - ▶ Syndrome d'influence Injonctions
 - ▶ Contenu menaçant des hallucinations

FACTEURS DE RISQUES SPÉCIFIQUES

▶ Attention

▶ Délires paranoïaques

- Érotomanie
- Jalousie
- Persécution

▶ Troubles affectifs

- Dépression à tonalité mélancolique
- Idées délirantes de danger, culpabilité, ruine
- Suicide altruiste
- Accès maniaque avec agitation psychomotrice et idées mégalomaniaques dans un moment de frustration

FACTEURS DE RISQUES SPÉCIFIQUES

- ▶ Mauvais Insight

Non adhésion aux soins et inobservance thérapeutique

LE RISQUE ZERO ?



FOCUS PARAPHILIES

Étymologie :

para : à côté de

philos : amour

Définition CIM 10 : troubles sexuels caractérisés par la présence de fantasmes ou de pratiques déviantes, inhabituelles ou bizarres et susceptibles de perturber les relations à autrui.

- impulsion persistante, puissante et incontrôlable qui implique :
 - des objets inanimés (fétichisme, transvestisme)
 - de l'humiliation et/ou de la douleur (sadisme, masochisme)
 - des enfants ou partenaires non consentants (pédophilie, frotteurisme)

REPARTITION

Selon le sexe : femmes largement minoritaires (sauf masochisme ?)
Les hommes seraient plus excités par des stimuli visuels
Pas d'étude épidémiologique en dehors de séries de cas soumis à la justice
La moitié des paraphiles vus en consultation sont mariés
Importance du marché de la pornographie paraphilique suggère une sous-estimation de la prévalence
Exhibitionnisme, pédophilie et voyeurisme sont les plus fréquemment rencontrés en consultation
Début lors de l'adolescence le plus souvent
Évolution le plus souvent chronique
Fréquente association avec les troubles de personnalité (dyssoziale et état-limite)
4% de troubles de l'axe I chez les délinquants sexuels ?

TYPOLOGIE

DSM 5 : « les fantasmes, impulsions, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » => 8 Troubles paraphiliques.

Trouble Fétichiste : objet inanimé

Trouble Pédophile : enfant prépubère

Trouble Exhibitionniste : exposition des organes génitaux

Trouble Voyeuriste : observer des personnes lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles ou intimes

Trouble Frotteuriste : frottement de l'appareil génital

Trouble Masochiste sexuel : douleur recherchée

Trouble Sadique sexuel : douleur imposée

Trouble de Transvestissement fétichiste : port de vêtement du sexe opposé, dans le but d'obtenir une excitation sexuelle

AUTRES PARAPHILIES NON SPECIFIEES

ZOOPHILIE Rapports sexuels avec des animaux

SCATOLOGIE TELEPHONIQUE

NÉCROPHILIE Cadavres ou personnes jouant au mort couché dans un cercueil

KLISMAPHILIE Lavement administré par le partenaire

COPROPHILIE Excréments

UROPHILIE Urine

GÉRONTOPHILIE Personnes âgées

NARRATOPHILIE Utilisation de gros mots ou d'histoires pornographiques ou obscènes

ACROTOMOPHILIE Partenaire amputé

HYBRISTOPHILIE Partenaire ayant commis un crime

PARAPHILIES DIVERSES

... et pas de limite à l'imagination...

COMORBIDITES

Revue de la littérature (Marshall, 2006) met en évidence d'importantes comorbidités psychiatriques en fonction des études :

- troubles de l'humeur : la fréquence variait entre 3 % et 95 %
- psychose : 1,7 % à 16 %
- anxiété : 2,9 à 38,6 %
- abus ou dépendance aux substances illicites : 7,8 % à 60 %
- troubles de la personnalité :
 - personnalité antisociale : 35 % à 40 %
 - tout trouble de la personnalité : 33 % à 52 %
- dysfonctionnement sexuel : 57 %
- déficit d'attention/ hyperréactivité : 35,8 %

PRISE EN CHARGE



5ème conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie : **psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles**, novembre 2001

HAS (Haute Autorité de Santé), recommandations de bonne pratique – *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans* – juillet 2009.

THIBAUT F. et al, WFSBP – *Guidelines for the biological treatment of paraphilias* – The World Journal of Biological Psychiatry, 2010 ; 11 :604-655

OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- ▶ Diminuer la souffrance du sujet
- ▶ Contrôler les troubles paraphiliques
Fantasmes et comportements
- ▶ Contrôler les pulsions sexuelles

STRATEGIE DU TRAITEMENT

Selon :

- **Urgence** (risque de passage à l'acte, intensité des symptômes)
- **Diagnostic et comorbidités** (trouble paraphilique, trouble de la personnalité, addiction, retard mental...)
- **Terrain** : sexe, âge, profession, ATCD, environnement social et affectif

Jamais chimiothérapie isolée

Dans le cadre d'un soin pénalement ordonné ?

TRAITEMENTS SPECIFIQUES

Traitements médicamenteux

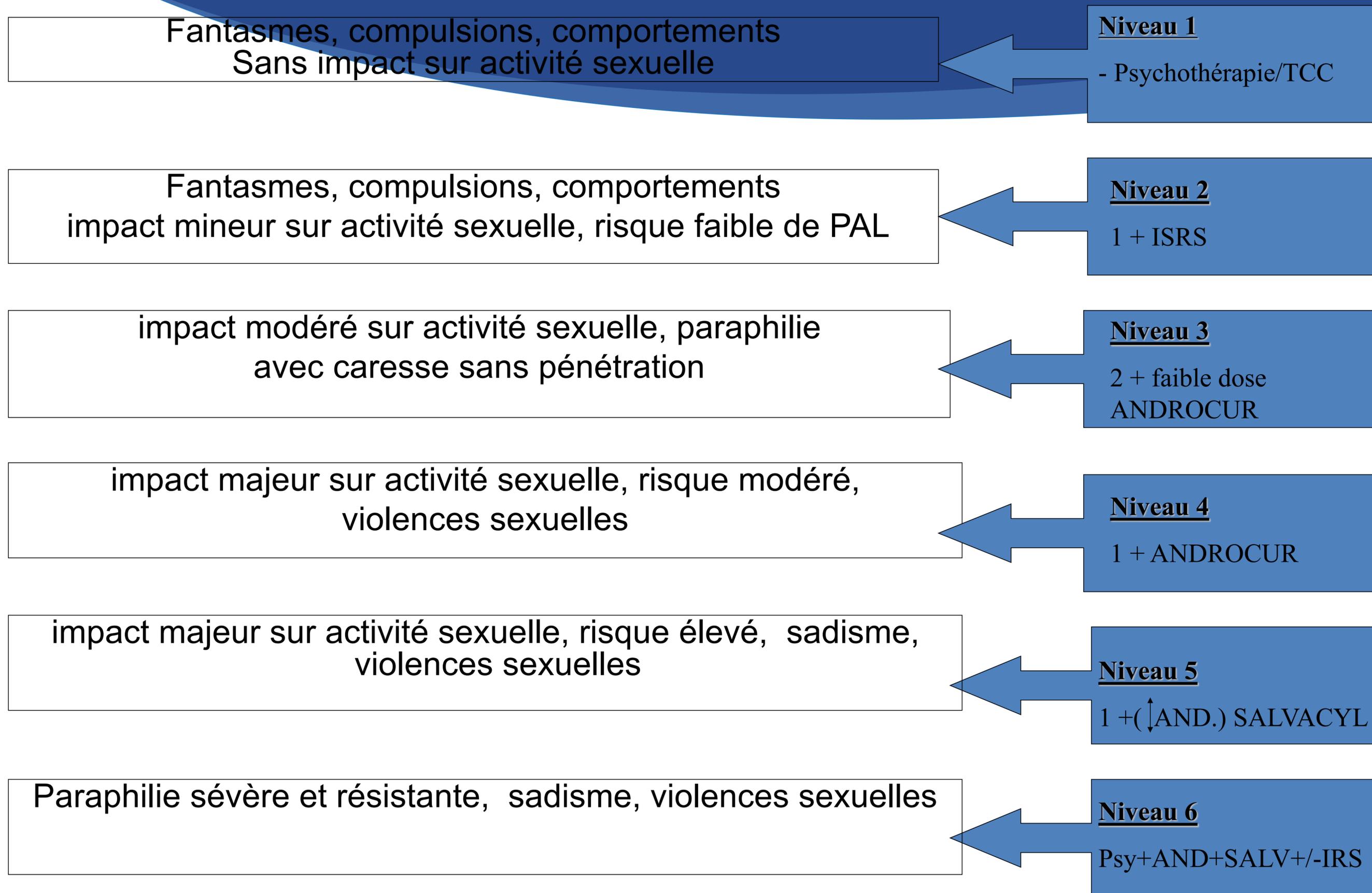
- Traitements hormonaux
 - Acétate de cyprotérone (Androcur*)
 - Triptoréline (Salvacyl *)
- Traitements non hormonaux
 - Sérotoninergiques
 - Sels de lithium
 - Antipsychotiques

Traitements non médicamenteux

- Thérapie individuelle
 - Psychothérapie
 - Psychanalyse
 - Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie de groupe
- Thérapie familiale
- Interventions fondées sur la communauté

≠ du traitement social des violences sexuelles

ALGORYTHME DECISIONNEL



TRAITEMENTS SPECIFIQUES

ISRS

A forte dose / équivalent posologie TOC
Paraphilies à faible risque de PAA
Forte tonalité compulsive
Dépression associée

Exhibitionnisme
Masturbation compulsive
Certaines formes de pédophilie, à faible risque de PAA

TRAITEMENTS HORMONAUX

Consentement écrit et éclairé du patient, à renouveler 1x/an
Paraphilies les plus sévères

Acétate de cyprotérone : Androcur
Bloque les récepteurs de la testostérone
Action périphérique

Triptoréline : Salvacyl LP / Décapeptyl LP
Analogue de la GnRH
Action centrale

Leuproréline : ENANTONE

ACETATE DE CYPROTERONE

Initié à 100 mg/j, majoré à 200 mg/j si besoin, jusqu'à 300 mg sur de courtes périodes

Recherche dose minimale efficace

Lors de l'arrêt du traitement : diminution progressive sur plusieurs semaines

Problématique majeure : si posologie sup à 25mg/j, risque x7 de développer un **méningiome** au-delà de 6 mois de traitement, x20 après 5 ans

une **IRM cérébrale** doit être réalisée en début de traitement afin de vérifier l'absence de méningiome. Si le traitement est poursuivi pendant plusieurs années, une imagerie cérébrale par IRM devra être réalisée au plus tard 5 ans après la première imagerie, puis tous les 2 ans si l'IRM à 5 ans est normale

Risque d'ostéoporose si prise au long cours

TRIPTORELINE

Agoniste LHRH
SALVACYL LP / DECAPEPTYL LP
IM / 12 semaines, 11.25 mg

Instauré par un psychiatre, associé à une psychothérapie

Réduction majeure et réversible de la testostéronémie
Diminue les pulsions sexuelles

EI : bouffées de chaleur, dysfonction érectile
Utilisation à long terme : risque d'ostéoporose

A initier peu de temps avant remise en liberté chez les détenus, vu le risque d'ostéoporose

TRIPTORELINE

Attention !!!

Agoniste LH-RH

Inhibiteur de la sécrétion des gonadotrophines

Augmentation transitoire de LH, FSH et testostérone à l'initiation du ttmt

Associer un anti-androgène en début de ttmt

Diminution de la testostérone en 2 à 4 semaines

TRAITEMENTS HORMONAUX

Contre-indications

Chez les adolescents en cours de croissance : vérification âge osseux

Schizophrénie délirante

Dépression chronique sévère

Diabète

Dysfonctionnement hépatique

Atcd thromboemboliques

Suivi

Ostéodensitométrie / 2 ans

Glycémie à jeun 1x/an

Testostéronémie si doute sur prise de testostérone exogène

LIEUX DE RECOURS : LES CRIAVS



Fédération nationale des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

QU'EST-CE QU'UN CRIAVS ?

Les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) sont des structures de service public issues de la Circulaire DHOS/DGS/O2/6C no 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création des centres ressources interrégionaux.

Leurs missions sont les suivantes :

- La mise en place de **formations initiales et continues** pour les professionnels intervenant auprès des auteurs de violences sexuelles
- Une mission de **recherche et de réflexion** sur les prises en charge et le suivi des auteurs de violences sexuelles
- La participation au **développement de la prévention**
- L'animation du **maillage Santé-Justice** dans l'objectif d'une collaboration étroite des champs santé, justice, et accompagnement social
- La constitution d'un **espace expert** dans l'objectif de fournir aux professionnels de secteur un appui de qualité sur les difficultés et questionnements qu'ils peuvent avoir sur leurs pratiques cliniques
- La mise en place d'un **pôle d'information et de documentation**



24 CRIAVS régionaux sont désormais constitués et ont souhaité collaborer au niveau national.