



AVIS sur SAISINE 24

**Dans un contexte de soins pénalement ordonnés,
comment une alliance thérapeutique peut-elle se nouer
entre la personne sous-main de justice et le soignant ?**

SOMMAIRE

Introduction	2
Quelques définitions	2
Distinctions des logiques entre justice et soins	3
La posture du soignant	4
L'alliance thérapeutique	5
Conclusion	6
Bibliographie	7
ANNEXES	8

INTRODUCTION

Le Comité d’Ethique du Centre Psychothérapique de Nancy a été sollicité par des infirmiers de l’antenne psychiatrie justice. Leurs questionnements portaient sur la vision de la société vis-à-vis de la personne placée sous main de justice, sur le positionnement du soignant face aux obligations de soin, sur l’éthique du lien face aux résonances que les actes commis par ces personnes peuvent soulever chez le soignant, et dès lors, comment créer dans ce contexte une alliance thérapeutique de qualité.

QUELQUES DEFINITIONS

Personnes sous main de justice (SMJ)

Mettre sous main de justice signifie placer une personne, ou un bien, sous l’autorité de la justice. Les personnes placées sous main de justice sont celles qui, à la suite d’une décision de justice, sont incarcérées, ou font l’objet d’une peine alternative à l’incarcération, ou de mesures d’aménagement de peine.

Injonction de soin

L’injonction de soin est l’imposition de se soumettre à des actes médicaux destinés à l’amélioration de la santé d’une personne. Elle a été créée par la loi du 17 juin 1998, relative au suivi socio-judiciaire.

L’injonction de soins implique l’organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d’un médecin coordonnateur qui fait le lien entre le médecin traitant et le juge de l’application des peines.

L’injonction de soin est ordonnée dans les situations suivantes :

- Prononcé d’un suivi socio-judiciaire
- Contrainte pénale
- Sursis avec mise à l’épreuve
- Surveillance judiciaire ou de sureté
- Libération conditionnelle

De surcroit, l’injonction de soin est prononcée à condition qu’une expertise médicale conclue à la possibilité d’un traitement.

Obligation de soin

L’obligation de soin est prévue par l’article 132-45 du code pénal. Elle implique de se soumettre à des mesures d’examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l’hospitalisation. Elle se distingue de l’injonction de soin. En effet, l’obligation de soin est ordonnée dans plusieurs situations :

- Un contrôle judiciaire
- Un sursis avec mise à l’épreuve
- Un ajournement de peine
- Un sursis avec obligation d’accomplir un travail d’intérêt général
- En cas d’atténuation de la responsabilité liée à un trouble psychique ou neuropsychique

L'obligation de soin est une mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité. Elle n'implique pas d'organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaire.

Les obligations de soin ne nécessitent pas d'expertise préalable et reposent sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé. Il peut s'agir par exemple d'un suivi psychologique et psychiatrique, d'une prise en charge sanitaire, etc.

DISTINCTION DES LOGIQUES ENTRE JUSTICE ET SOINS

Nous pouvons noter que la justice s'appuie sur les faits commis par la personne, afin de prendre les décisions pénales qui s'imposent. Or, du côté du soin, la personne est accompagnée dans sa globalité. Les orientations et accompagnements mis en place sont fonction de ce que la personne apporte. Si la justice a pour objet de protéger la société, le soin a pour objet de protéger l'individu.

La justice et le soin ont donc une vision différente de l'approche de la personne, et en conséquence, leurs rôles sont distincts.

Un médecin coordonnateur est le référent, chargé par la loi de formaliser les modalités de prise en charge de la personne, dans le cadre de l'injonction de soin. Il figure sur la liste du Procureur Général, est rémunéré par la justice et susceptible d'une formation préalable de 200 h. Il est garant de la « philosophie du soin ». C'est également à lui que revient la responsabilité de trouver le lieu de soin (Centre Médico Psychologique - CMP - ou praticien libéral) qu'il avisera officiellement par lettre RAR ou par courrier spécifique. Si ce lieu de soin est un CMP, l'acceptation et l'application de la prise en charge sont soumises au médecin responsable du site. C'est le médecin coordonnateur, et non l'équipe du CMP, qui doit faire un rapport de la prise en charge du patient au Procureur Général.

Nous pouvons donc constater que l'orientation d'une personne placée SMJ vers le soin peut présenter pour celle-ci un moyen d'accéder à un suivi de soin, possibilité qui n'aurait pas eu lieu sans l'intervention de la justice. Or, débiter un suivi thérapeutique sur ordonnance de justice peut être biaisé par les représentations personnelles des soignants et ainsi influencer sur la qualité de leur accompagnement de la personne en soin.

Il apparaît donc que le soignant a à centrer son accompagnement sur la personne et non sur les faits commis.

Notons qu'il y a, dans l'injonction de soin, un attendu qui pourrait être vécu comme une obligation de résultat par les soignants. De son côté, comment la personne SMJ s'approprie-t-elle les modalités de la rencontre avec le soignant ? Sachant que la justice n'est pas compétente à statuer sur la qualité des soins prodigués, elle peut seulement signifier la date de fin d'obligation ou d'injonction de soins. A compter de cette date, la personne restera libre de poursuivre ou pas les soins en cours.

LA POSTURE DU SOIGNANT

Si le professionnel de l'institution judiciaire se réfère uniquement au cadre législatif et vit une absence de possibilité de discussion quant aux décisions de justice, il en va différemment du cadre de la prise en charge soignante, dont les professionnels sont dans des pratiques soignantes qui se discutent, notamment en équipe.

Il s'avère nécessaire, pour le soignant, de mettre tout jugement moral de côté concernant la prise en soin d'une personne SMJ, de privilégier ses valeurs professionnelles, de garder une posture de soignant et ainsi de rester dans sa fonction.

En effet, il s'agit d'accueillir la personne SMJ en soin, dans une neutralité bienveillante, mais aussi dans sa dimension transférentielle. Effectivement, pour le soignant, l'identité professionnelle et l'identité citoyenne ne sont pas dissociables. Il en découle que la construction de l'engagement du soignant dans la relation thérapeutique s'appuie sur la connaissance qu'il a de lui-même d'une part et d'autre part sur la connaissance de l'autre, et ce dans un contexte social donné : le soignant a donc à faire avec ses propres représentations !

La place de nos représentations, en tant que soignants, avec la place de nos peurs, de nos *a priori*, la place du regard que l'on porte sur l'autre, sur ce que l'on sait ou pas du délit commis, posent la question de notre place de soignant et de la juste distance à construire dans la relation thérapeutique. Se poser la question de la peur et de l'appréhension, c'est donner une place à l'écoute de nos propres émotions de soignant. Et cette écoute est un outil clinique à part entière dans le soin.

« La compétence soignante repose sur l'intelligence, la sensibilité, la créativité du professionnel et requiert la mise en mouvement de sa capacité de penser, de réfléchir, d'exercer un raisonnement clinique... » (Walter Hesbeen)

Attendu que la question de l'accueil de la personne en soin est essentielle dans le soin en psychiatrie, le soignant a d'abord pour fonction d'aller à la rencontre de la personne qui se présente... ou qui lui est présentée dans le cadre d'un adressage par la justice. C'est alors l'envie du soignant à tisser cette relation dans cette configuration d'injonction ou d'obligation qui est questionnée. Les réticences du soignant peuvent donc s'originer dans la difficulté à accueillir certains actes de la personne qui lui est adressée. Accueillir au-delà des actes de cette personne, porter intérêt à son histoire, *dé-zoomer*, seraient les lignes directrices dans la relation, lignes vers lesquelles il s'agirait de tendre, du mieux possible.

De même, quelle posture peut tenter le soignant avec des personnes SMJ et qui seraient dans le déni et/ou dans le traumatisme de leurs actes pénalement répréhensibles, et éventuellement dans le déni de leurs propres traumas ?

Dans ce cadre, le soignant peut tout d'abord présenter le soin, ainsi que ses compétences professionnelles, pour permettre à une demande d'émerger. Les approches de type « relation d'aide » seraient alors adaptées à ces rencontres.

Car si nous nous référons au principe d'égalité, il découle que nous avons tous droit à des soins. Il s'agirait alors de tendre vers un accueil inconditionnel, notion d'accueil inconditionnel de la personne qui a notamment été étudiée par Carl Rogers. *« Le soignant a à prendre soin d'une personne, quel que soit le motif de sa présence en soins, en se distançant de l'acte qui a*

amené la personne en consultation » (Comité d’Ethique du Centre Psychothérapique de Nancy).

L’écoute, dans cette perspective, doit alors renoncer à l’attente d’un aveu et se libérer de tout jugement. Or, l’écoute à visée thérapeutique de la personne SMJ est parfois complexe. En effet, certaines personnes SMJ ne présentent que de faibles possibilités sémantiques ou expressions verbales nécessaires à l’évocation de leurs émotions, de leurs pensées. Il appartient alors au soignant d’inventer avec elles des modalités de communication permettant de les rejoindre, dans leur singularité, au niveau de la relation soignant/soigné. Par exemple : concernant un patient anglais parlant peu français avec des soignants, il appartiendra à ces derniers de faire l’effort de tenter de comprendre ce que ce patient tente d’exprimer. Le soignant a également la possibilité d’utiliser des métaphores, des images, et ce afin de compenser des difficultés au niveau de la communication strictement verbale.

Une autre difficulté de la posture du soignant réside dans le fait qu’en fonction du délit reproché à la personne SMJ, il sera interpellé au niveau des soins à lui prodiguer, notamment en considérant que si le délit est important, le patient aura également un important besoin de soin. Comment, dans ces conditions, faire émerger un désir de soin chez ce patient et réussir à construire avec lui une alliance thérapeutique ?

Il serait alors question pour le soignant de s’étayer de son savoir-faire pour faire émerger un besoin, voire une demande, en l’absence de ceux-ci au moment de la rencontre, et ce bien que la seule demande émane de la justice... et non de la personne en soin.

Notons à ce titre que la non-existence d’une demande de soin de la part du patient se retrouve également dans les prises en charge en pédopsychiatrie par exemple, où la demande n’émane souvent pas du jeune patient mais de ses parents, de l’école, etc.

L’ALLIANCE THERAPEUTIQUE

En conséquence, comment la personne SMJ s’approprie-t-elle alors les modalités de la rencontre avec le soignant ?

Tout d’abord il est nécessaire pour le soignant de se sentir en sécurité dans sa proposition d’aide et de soin sans obligation de résultat.

Pour suivre, nous pouvons explorer ensemble **quelques pistes de réponse** permettant d’engager une alliance thérapeutique entre la personne SMJ et le soignant :

Il est dans les possibilités du soignant de :

- Signer l’attestation de présence, demandée par la justice, dès le début de l’entretien, et ce pour chaque entretien, afin d’ouvrir à la personne la possibilité de parler, tout simplement, de verbaliser ce sur quoi elle souhaite s’exprimer à ce moment-là de la rencontre. Cette formalité d’attestation accomplie permettrait de créer une ouverture à ce qui peut se passer en séance et de proposer ainsi une expression libre, une médiation libre pour le soignant et le patient.
- Chaque rencontre étant unique et spécifique, accueillir l’autre dans sa singularité.

- Singulariser, personnaliser la rencontre, au-delà des protocoles et de la standardisation.
- Accueillir la personne au-delà de ce qui l'a amenée à la justice, la rencontrer dans son histoire de vie.
- Prendre en charge la personne, quel que soit le motif de sa présence en soin.
- Le cadre thérapeutique est à poser avec le patient et nécessite de sortir de la pression judiciaire, de se différencier de la justice face au patient qui, lui, serait au risque de faire l'amalgame entre soin (pénalement ordonné) et justice. Ce qui passera par éviter d'être soi-même, en tant que soignant, dans le jugement du motif de venue de la personne SMJ.
- Rassembler soignants et professionnels de l'institution judiciaire autour d'un espace de parole permettant un ajustement quant à la PEC pluri professionnelle des personnes SMJ.
- Poser le cadre de soins et sa dimension de secret professionnel : soit la position d'accueil de la personne dans sa singularité, mais aussi dans sa globalité, comme n'importe quelle personne. C'est également ce que l'on se doit de rappeler au patient, en verbalisant que la proposition d'un cadre de soin intègre la notion de neutralité bienveillante.
- Enfin, l'institution bénéficiera à proposer des espaces d'analyse des pratiques professionnelles aux soignants recevant des personnes SMJ.

Nouer une alliance thérapeutique nécessite du temps, comme dans toute relation. Il s'agit d'une co-constitution avec le patient, ce qui caractérise une relation de soin.

*« En réalité, notre « curseur » ne se pose jamais, la rencontre nous conduit inéluctablement avec courage et prudence à être dans cet aller-retour entre principes et expériences, va-et-vient porteur de singularité. C'est faire le pari d'un sens, **non d'un sens déjà là... mais d'un sens à avérer, toujours au-devant de soi.** » (Paul Ricoeur).*

Pour autant, et dans le même temps, comment puis-je échanger avec cette personne si je me sens personnellement dans l'incapacité de l'accueillir ?

La personne adressée, c'est-à-dire le patient, et le soignant sont tous deux passifs et doivent trouver l'axe qui les rendra acteurs. L'enjeu est de permettre au patient d'adhérer aux soins, d'y mettre du sens et de pouvoir investir l'espace proposé. Pour ce faire, le soignant lui-même a à pouvoir y mettre du sens.

CONCLUSION

La personne sous main de justice n'est pas différente des autres patients que l'on accueille : nous répondons, si elle s'en saisit, à ses besoins de soins. D'où l'importance de cette première rencontre et du cadre de soin qu'il est possible de poser, de présenter et de proposer au patient : une relation d'aide, la création de l'alliance thérapeutique.

Le biais de l'obligation de soin permet avant tout un accès au soin, ouvre une porte au soin, comme une forme de main tendue. A charge au soignant d'aider la personne à s'en saisir, par une ouverture à ses besoins, permettant ainsi l'émergence de la demande.

Ainsi, le soin est aussi porteur de la possibilité de prévention et de soutien à la réhabilitation. L'expression libre de la personne est la porte pour entrer dans la boucle du soin : l'accueil de la personne au-delà de la question de son adressage par la justice ainsi que l'accueil de son histoire de vie, de sa souffrance, la place de ses traumatismes, etc. sont à entendre dans une attitude soignante de bienveillance et peuvent ouvrir ensuite à la notion de projet à construire. La notion de temps, par l'organisation d'un rythme de rencontres, va alors pouvoir se mettre en place, dans une dynamique de co-construction soignant-patient.

Le patient est une personne, un Sujet dans toute sa singularité, et qui ne se définit pas seulement par des actes répréhensibles par la loi et sanctionnés par la justice. En ce sens, la prise en soin de la personne SMJ se révèle être un espace et une temporalité spécifiques, s'actant non pas au niveau de l'institution judiciaire, mais au sein de l'institution de soin à la personne, qui que soit cette personne.

BIBLIOGRAPHIE

COMITE d'ETHIQUE du Centre psychothérapique de Nancy, Saisine n° 11 « *Comment le soignant peut-il concilier ses valeurs et sa responsabilité dans un contexte de prise en charge d'une personne auteure de violence sexuelle ?* », 2017.

ROGERS, C, *Le développement de la personne*, Dunod, 1968.

ANNEXES

Loi n° 1998-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ;

Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité ;

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive ;

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ;

Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs ;

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;

Code pénal

Code de la santé publique