

signaler toute interruption de prise en charge de la personne en soins, placée sous main de justice.

Ce dernier dispositif impose un cadre judiciaire strict aux soins, tout particulièrement pour améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. En l'absence de conscience du trouble ou de demande de soins, il s'agit d'une opportunité à déployer une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. La dimension thérapeutique qui incombe au praticien traitant se fonde sur la base d'un diagnostic de paraphilie(s) qui peut impliquer un traitement médicamenteux avec le consentement du patient, selon des référentiels médicaux et non pas juridiques. Les *guidelines* existent (HAS, AFPB), et doivent être connus et maîtrisés pour s'engager dans des soins non pas quelconques mais conformes aux données acquises de la science.

Mots clés Injonction de soins ; Obligation de soins ; Agressions sexuelles ; Procédure pénale ; Paraphilies

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt. *Pour en savoir plus*

Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

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. HAS Recommandation de bonne pratique, prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, juillet 2009.

WFSBP. Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:604–55.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.147>

S29A

Les divers statuts juridiques des patients rencontrés par les psychiatres

C. Jonas

Psychiatrie A, CHU de Tours, Tours, France

Adresse e-mail : c.jonas@chu-tours.fr

Le principe est la liberté de chacun sur son corps et donc l'intervention de la Société pour imposer des soins est une dérogation qui suppose des règles strictes et précises.

À partir des années 50 des soins ont été imposés aux alcooliques présumés dangereux puis, avec beaucoup moins de succès, à partir de 1970 à certains toxicomanes.

Les années récentes ont considérablement rénové, amélioré et complexifié la situation des soins pénalement ordonnés.

On retrouve quelques cas rares où le soin est une véritable contrainte ne laissant au sujet aucune liberté d'accepter ou de refuser. La plupart du temps il s'agit d'une injonction ou d'une obligation prononcée par un magistrat ou une juridiction, autorisant le sujet à se soustraire à l'autorité avec le risque de se voir appliquer une sanction plus ou moins sévère.

Ces patients consultent de plus en plus souvent les psychiatres et les psychologues. Leur statut est bien différent selon qu'ils sont astreints à une obligation de soins, à une injonction thérapeutique ou à une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. La loi a prévu, selon les cas, une procédure plus ou moins complexe et l'intervention d'acteurs divers. Il est particulièrement utile que les praticiens comprennent en quoi la rencontre avec ces patients est différente et quels peuvent être leurs rapports avec le système judiciaire.

Mots clés Soins pénalement ordonnés ; Injonction de soins ; Obligation de soins ; Injonction thérapeutique ; Certificat ; Psychiatrie

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt. *Pour en savoir plus*

Code de procédure pénale : articles 132 et s, articles 706 et s Code la santé publique articles L. 3413-1 et s ; L. 3711-1 et s Leturmy L. Obligations de soins et injonctions de soins, In: Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique, Masson éd., Paris, 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.148>

S29B

Les obligations du médecin au cours des soins pénalement ordonnés

C. Manzanera

Département d'urgence et post-urgence psychiatrique, CHRU de Montpellier, Montpellier, France

Adresse e-mail : c-manzanera@chu-montpellier.fr

Nés confidentiels, les soins pénalement ordonnés sont devenus inévitables dans la pratique psychiatrique actuelle. Qu'il s'agisse d'infraction à caractère sexuel, d'addiction, de violences conjugales, et plus récemment de crime d'esclavage et de servitude, tous ces auteurs encourent, sur décision du magistrat, à l'appui ou non d'une expertise psychiatrique pénale, une mesure de soins pénalement ordonnés.

De la classique obligation de soins à l'incontournable injonction de soins, parée ou non du suivi socio-judiciaire, en passant par la très controversée rétention de sûreté, les occasions de rencontres « tutélisées » entre la personne sous main de justice et le praticien traitant sont nombreuses. Si l'essentiel des obligations liées aux soins pénalement ordonnés incombe au patient (article 132-47 du Code Pénal, article 763-5 du Code de Procédure Pénale), deux niveaux d'obligations concernent plus spécifiquement le praticien traitant.

En premier lieu apparaissent les obligations normalement liées à la nature même de la relation médecin-patient, telles que précisées dans le Code de déontologie et le Code de la Santé Publique. En second lieu, le cadre posé par l'ordonnance judiciaire des soins introduit des nuances et des spécificités dans la relation médecin-patient et dans la relation médecin-justice. Ces particularités diffèrent selon les modalités de soins pénalement ordonnés. Si l'obligation de soins se centre essentiellement sur l'« obligé », satellisant le praticien traitant, l'injonction de soins intègre véritablement ce dernier dans l'articulation santé-justice qu'elle définit, tout en préservant du risque d'en faire un auxiliaire de justice.

L'ensemble de ces particularités oblige le praticien traitant à bien connaître le cadre de son intervention afin de clairement en définir les limites.

Mots clés Soins pénalement ordonnés ; Praticien traitant ; Obligations ; Responsabilité

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.149>

S29C

Clinique et prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles

M. Lacambre

Département d'urgence et post-urgence psychiatrique, CHRU de Montpellier, Montpellier, France

Adresse e-mail : m-lacambre@chu-montpellier.fr

Les violences sexuelles recouvrent des champs cliniques très larges, parfois très éloignés des simples violences physiques comme le viol, pour infiltrer des registres plus complexes s'appuyant sur la contrainte, l'absence de consentement, ou la méconnaissance de la sexualité.

Chaque situation étant unique et particulière, il s'agit d'abord d'explorer les modalités d'investissement du sujet dans la sexualité, le type de relation avec la ou les victimes, et le contexte de

réalisation des violences sexuelles. Et dans l'abord psychopathologique des auteurs de violences sexuelles nous disposons d'un arsenal conceptuel et théorique fourni (psychanalyse, cognitivisme, psychocriminologie. . .) ainsi que de modélisations holistiques permettant d'appréhender le phénomène selon des angles d'approche variés (pulsion, compulsion, distorsions. . .), en complémentarité avec les autres intervenants du dispositif de prise en charge (médecin coordonnateur, conseiller d'insertion et de probation, conjoint, famille. . .).

De plus, des outils nosographiques précis (CIM 10 et DSM 5) permettent de caractériser le type de comportement sexuel déviant, et de qualifier ainsi la ou les paraphilies. Une fois le diagnostic établi, des *guidelines* et référentiels de prise en charge validés proposent des repères simples et efficaces, de la psychothérapie aux traitements freinateurs de libido, pour traiter une sexualité source de souffrances. Dans ce cheminement complexe du diagnostic aux soins, sur la base d'évaluations répétées, de nombreux écueils subsistent : le déni des troubles, l'absence de consentement, le recours au clivage, l'instrumentalisation du soignant, l'anxiété de la récidive. . . C'est pourquoi, afin de soutenir l'action de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS) ont été créés il y a presque dix ans. Dans chaque région les équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires des CRIAIVS proposent, entre autre, des ressources documentaires, des formations et du soutien aux équipes soignantes.

Déclaration d'intérêts Déclaration de lien d'intérêt : président de la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAIVS).

Pour en savoir plus

Ciavaldini A, Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Masson, 2000.

Haute Autorité de santé (HAS). 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;11:604–55.

Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. Aggression and Violent Behavior 2006;11:44–63.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.150>

S32

La question du genre : quand les paradigmes changent

C. Spadone

CHU Saint-Louis (AP-HP), Paris, France

Adresse e-mail : christian.spadone@sls.aphp.fr

Les questions autour du genre sont des questions piégées. Les données scientifiques, les controverses sociologiques, les positions psychiatriques ne peuvent être exprimées de façon sereine ni dans le grand public ou les médias, ni dans la communauté scientifique, ni parmi les "élites" intellectuelles. Le champ est miné, la polémique surgit inévitablement. Des institutions, des individus convoquent leurs convictions, leurs préjugés idéologiques, leur vécu personnel à l'appui de leurs théories explicatives ou de leur propositions d'action. Le contexte contemporain se prête d'ailleurs peu à une réflexion apaisée. Retour de l'ordre moral, crispations contre les avancées sociétales : la surprenante violence des réactions aux récentes propositions législatives témoigne de ces difficultés. Si dénigrer le discours féministe reste politiquement incorrect – quoique d'innombrables forces tentent de le vider autant que possible de sa substance –, l'homosexualité est à nouveau l'objet des attaques et des peurs les plus irrationnelles, et le transgendérisme est en train de reperdre un peu de l'audience et de la légitimité qu'il avait acquis. Peut-on expli-

quer que l'homosexualité soit encore vécue par certains, contre toute évidence, comme potentiellement destructrice de tout le corps social? Peut-on ne pas désespérer du combat féministe, 65 ans après « Le Deuxième Sexe », quand, sous couvert de latinité, nous excusons encore les préjugés sexistes, les entorses à la parité? Et comment s'étonner que la remise en cause radicale de l'identité de genre que constituent toutes les formes revendiquées de « transgenres » se heurte à tant de réticence, lorsque des alternatives aussi bénignes à la « norme » genrée que l'existence de traits présumés féminins chez un homme, ou de traits présumés virils chez une femme, font irrémédiablement conclure à une homosexualité? Nous tenterons de présenter l'état des lieux de la société française du milieu des années 2010, et la place de la psychologie ou de la psychiatrie, concernant ces trois problématiques liées au genre : orientation sexuelle, identité de genre, et stéréotypes de genre, montrant leurs influences sur les comportements des deux sexes de l'enfance à l'âge adulte, en explicitant cette tension entre avancées sociétales et peurs régressives de la société.

Mots clés Gender studies ; Transgenderisme ; Homosexualité ; Stéréotypes sociaux

Déclaration d'intérêts L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt. *Pour en savoir plus*

Briki M. Psychiatrie et homosexualité. Presses Universitaires. Franche-Comté, 2009 – 232 pages.

Régner I, Smeding A, Gimmig D, Thinus-Blanc C, Monteil J-M, Huguet P. Individual differences in working memory moderate stereotype threat effects. Psychological Science 2010;21:1646–8.

Huguet P. Stéréotypes de genre. Collège de France, Colloque 2012–2013 : sciences cognitives et de l'éducation, <http://www.college-de-france.fr/site/stanislas-dehaene/symposium-2012-11-20-16h15.htm>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.151>

S32A

Orientation de genre : l'homosexualité dépsychiatisée

M. Briki

Centre hospitalier Général-de-Béziers, psychiatrie de liaison, Béziers, France

Adresse e-mail : malick.briki@gmail.com

Le concept d'homosexualité fut créé en 1868 en une stratégie politique visant à abolir la pénalisation en vigueur, en vain. La psychiatrie aliéniste seconde la médecine légale et entraîne une pathologisation durable de l'homosexualité [1].

Freud propose de soulager la souffrance entraînée par la stigmatisation sociale, et pense qu'une modification de l'homosexualité est illusoire. Il n'empêchera pourtant pas le rejet des candidats homosexuels à la formation de psychanalyste. À la « rééducation » sous le nazisme succède la psychanalyse puis la thérapie aversive notamment, comme tentatives de traitement des « déviations ». Malgré la suppression de l'homosexualité du DSM-II en 1973 et de la CIM-10 en 1992, l'obsession thérapeutique reste présente chez certains psychothérapeutes selon une étude anglaise récente [2]. Pourtant, depuis 1997, les associations américaines de psychiatrie et de psychologie dénoncent les dangers des réparatives thérapies tant celles-ci aggraveraient les troubles – comme la dépression, les troubles anxieux, les addictions ou les comportements suicidaires – liés à la stigmatisation. Une revue de la littérature publiée en 2009 par l'Association américaine de psychologie [3] confirme en outre l'absence de preuves scientifiques de l'efficacité de telles « thérapies ». Il est crucial que l'ensemble des psychothérapeutes dispose des connaissances nécessaires à la prise en charge des patient(e)s homosexuel(le)s, et prenne conscience de certaines croyances sur la hiérarchie des genres, des sexes, des comportements sexuels et des sexualités [4].