

SYNTHÈSE

La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. Etat des lieux et analyse de nouvelles pratiques

Josefina ALVAREZ
Nathalie GOURMELON

CIRAP
École nationale d'administration pénitentiaire

Novembre 2006



Le présent document constitue la synthèse du rapport scientifique d'une recherche financée par le GIP Mission de recherche Droit & Justice. Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission.

RAPPEL DU PROJET INITIAL

Cette étude, demandée par le Ministère de la justice, visait à identifier et à décrire les pratiques opérationnelles menées actuellement en France dans le cadre de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles par l'administration pénitentiaire (en milieu ouvert et milieu fermé). Il s'agissait d'établir un état des lieux argumenté et raisonné des pratiques de prise en charge des personnes condamnées pour de telles infractions, afin d'en dégager des préconisations.

La nature d'une telle étude (réalisée sur un temps très court : 4 mois) ne permettait pas de formuler des hypothèses construites. Ce sont plutôt des questions de recherche qui nous ont guidées tout au long de notre parcours. Elles abordent :

- Le possible impact des pratiques recensées sur la récurrence des auteurs.
- La portée des pratiques, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif : combien de personnes ont été concernées par ces pratiques ? Peut-on mesurer un changement « de fond » chez les destinataires desdites pratiques ?
- La pérennité de l'expérience: depuis quand a-t-elle été mise en place ? A-t-elle donné lieu à d'autres expériences similaires dans d'autres établissements ? A-t-elle été « modélisée » et, de ce fait, reproduite dans d'autres contextes ?
- Le caractère novateur de l'expérience. Est-elle le résultat d'un projet original de la part des services concernés ou, au contraire, reprend-elle des expériences menées ailleurs ? Où ?
- Les modalités des prises en charge varient-elles selon le type d'établissement pénitentiaire (MA, CD, MC...) ? Ont-elles une relation avec le comportement en détention des populations en question ?

Il s'agissait de mettre en relief les points positifs de l'évolution des pratiques en la matière, mais également de pointer les difficultés rencontrées par les services dans l'application des dispositions émanant des textes législatifs, notamment celles dérivées de la loi de 1998 sur le suivi socio judiciaire ainsi que de la loi du 12 décembre 2005 sur le traitement de la récurrence. Enfin, un regard particulier a été porté sur la faisabilité et la pertinence de l'application de traitements pharmacologiques visant à réduire la libido chez les infracteurs en question.

LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Sur le plan méthodologique, le travail documentaire ainsi que la prise de contact avec certaines personnes ressources, ont permis de répertorier une quinzaine de sites de l'administration pénitentiaire où certaines pratiques « pertinentes » ou « bonnes pratiques » ont été mises en place. Ces sites ont été visités, certaines équipes et certains professionnels ont été interrogés en France mais aussi (pour trois d'entre eux) en Belgique. En raison d'indisponibilité de leur part durant le temps imparti pour cette étude, certains acteurs et/ou institutions (notamment la DGS) n'ont pu être consultés.

Une quarantaine d'entretiens (collectifs ou individuels) ont été menés dont voici la liste :

- Mr. Clopeau – Psychologue PEP – Mauzac
- Equipe UCSA – Mauzac
- Equipe SPIP - Mauzac
- Dr. Coutanceau – La Garenne-Colombes,
- Dr. Haberkorn – CMP Paris 17^{ème}
- Dr. Laurencin et Dr. Albadier – CD Muret
- Dr. Glezer – Médecin Coordonnateur, Expert
- Dr. Paulet SMPR- CP Marseille – Les Baumettes
- Mr. Morel - psychologue –CP Marseille – Les Baumettes
- Mme. Plantade, psychologue – CP Marseille-Les Baumettes
- Equipe SMPR – Marseille –CP Les Baumettes
- Mr. Guilbert- Directeur CD Casabianda
- Mr. Masson - Psychologue PEP – CD Casabianda
- Equipe enseignants et formateurs CD Casabianda
- Equipe SPIP – CD Casabianda
- Mme. Wrobel Psychologue – CD Casabianda
- Mr. Pottier – DSPIP Angoulême
- Dr. Cordier – Hôpital Foch – Suresnes, Médecin coordonnateur
- Dr. Archer – Chef Service SMPR MA Loos ; Expert, médecin coordonnateur
- Mme. Schiza, psychologue– SMPR MA Loos
- Mr. Gazan – Belgique, Ministère de la justice, créateur du CRASC, Belgique
- Mme. de. Maere – Directrice Centre Bruxellois d'Appui , Belgique
- Mr. Pihet – Directeur UPPL – Tournai, Belgique
- Mr. Paquaux, Magistrat affecté au EMS1 de l'AP
- Mme. Robin- Référent Santé à l'AP
- Dr. Dormoy- SMPR MA Paris-La Santé
- Dr Baron-Laforêt, Médecin psychiatre; secrétaire générale de l'ARTAAS
- Mr. Lameyre, Magistrat, ENM
- Mme. Halbiniak, CIP, ENAP
- Equipe SPIP Angoulême
- Equipe SMPR Caen
- Equipe SPIP Albi
- Equipe SMPR Varces
- Equipe UCSA MA de Villeneuve lès Maguelonne et unité post-pénale de l'hôpital psychiatrique La Colombière (Montpellier)
- Equipe SMPR - MA de Fleury-Mérogis
- Dr C. de Beaurepaire – MA de Fresnes
- Mr. Monscavoit, DSPIP du Lot et Garonne

- Mme. Konstantinovich, JAP
- Mr. de Paris, JAP
- Mme. Brunet-Ludet, JAP

INTRODUCTION

ELÉMENTS DE CADRAGE SOCIO-HISTORIQUES ET JURIDIQUES

L'état des lieux de la prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles (AAS) impliquait un retour (même bref) sur l'histoire d'une telle prise en charge afin de comprendre son évolution jusqu'à nos jours et de pouvoir objectivement nous projeter (à partir de préconisations) dans l'avenir. Plusieurs éléments introductifs ont à ce titre été posés à commencer par les origines d'une telle prise en charge née de l'intérêt qu'y ont porté, vers la fin des années quatre-vingt quelques psychiatres dont certains en milieu pénitentiaire (le Dr Balier ; le Dr Coutanceau ; le Dr Cordier ; Dr Baron-Laforêt), aujourd'hui référents en la matière. Point de passage obligé de cette étude, leurs travaux (y compris les rapports, conférences de consensus, textes émanant de l'ARTAAS¹) ont été consultés et certaines de leurs préconisations, toujours d'actualité, ont été reprises.

Quelques rappels statistiques nécessitaient également d'être posés. Ainsi, le nombre des personnes condamnées pour agression sexuelle en France n'a cessé d'augmenter depuis ces 25 dernières années, avec une hausse sensible cette dernière décennie. Le nombre de condamnés incarcérés pour ces infractions a été multiplié par 8 entre 1980 et 2005, passant de 1118 en 1980 à 8 670 en 2005. La délinquance sexuelle est aujourd'hui la première cause d'incarcération dans notre pays (22 % de condamnés contre 17 % par exemple pour les condamnés pour coups et blessures volontaires). Du début des années soixante-dix à aujourd'hui, on enregistre une hausse constante des atteintes aux mœurs dans notre pays, avec une progression importante ces dernières années².

L'évolution de la législation constitue un autre pré-requis à la compréhension actuelle de ce domaine de pratique à commencer bien sûr par l'adoption du nouveau code pénal en 1994 mais surtout, par l'adoption de la loi du 17 juin 1998 relative à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs qui prévoit, à partir de l'instauration du suivi socio judiciaire, des mesures de surveillance et d'assistance de la personne condamnée, à sa sortie de prison, sous le contrôle du juge d'application des peines et des comités de probation.

*LES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES : UNE CATÉGORIE SPÉCIFIQUE DE DÉTENU ET UN CHOIX PARTICULIER D'AFFECTATION*³

L'image dominante de l'auteur d'agressions sexuelles comme monstre « pervers » récidiviste tend à masquer une réalité largement plus complexe et aussi moins « sensationnelle » comme le laisse entrevoir la diversité des cas décrits par la psychiatrie. Pour autant, s'ils ne constituent pas, sur un plan psychiatrique, une population homogène, les AAS apparaissent, à travers un certain nombre de particularités à la fois objectives et subjectives, comme une catégorie spécifique de détenus.

En premier lieu, les AAS condamnés et incarcérés sont à 98 % des hommes. Ce sont aussi des détenus en moyenne plus âgés que les autres (moyenne d'âge 44 ans contre 34 pour les autres détenus). La tranche des 60 ans et plus concentre aussi 12% de la population des condamnés

¹ L'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles créée en 1996.

² Direction Centrale de la Police Judiciaire (2005) : « Aspect de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2004 par les services de police et les unités de gendarmerie », *La Documentation française*, 2 tomes, 2005.

³ Voir sur cette partie la préconisation 1.

pour agressions sexuelles ce qui n'est pas sans poser problème sur le plan de la prise en charge pénitentiaire. Contrairement aux représentations véhiculées à leur égard, les AAS récidivent moins souvent que d'autres types de détenus. Les taux de récidive à l'identique pour des affaires à caractère sexuel sont globalement plus bas que pour d'autres crimes ou délits. Par exemple, il est de 1,8 % pour les viols tandis qu'il est de 14,7 % pour les « vols aggravés ». L'impact social et la douleur des victimes provoqués par chaque récidive de cette nature contribuent, pour beaucoup, à occulter cette réalité statistique.

Détenus réputés tranquilles et relativement solitaires, les AAS sont aussi majoritairement rejetés par les autres détenus ce qui n'est pas sans conséquence sur les modalités de leur incarcération : isolement des autres détenus voire spécialisation de certains établissements.

Sur le plan de leur affectation dans les établissements : le fait de réserver des établissements pénitentiaires (les CD de Casabianda à 85%, de Mauzac à 80% et le CP de Caen à 75,5%) à une catégorie pénale, n'a d'égale au sein de l'Administration pénitentiaire. Ce traitement spécifique des AAS est en partie la conséquence d'une politique d'affectation liée aux particularités de deux de ces centres : Mauzac et Casabianda étant de vastes domaines agricoles difficiles à sécuriser, le choix a été fait d'y amener des détenus réputés tranquilles tels les AAS. Pour autant, seul le CD de Caen dispose d'un SMPR ce qui n'est pas sans poser questions en ce qui concerne la prise en charge thérapeutique de ces détenus. Il nous est apparu à ce titre nécessaire que les centres qui reçoivent en majorité des AAS soient dotés des moyens nécessaires à la prise en charge psychologique de ces personnes⁴.

⁴ En application également des art. 763-7 et R. 57-5 du CPP qui établissent que le condamné doit exécuter sa peine dans un établissement pénitentiaire lui permettant un suivi médical et psychologique adapté.

PREMIERE PARTIE

LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU FERME

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ⁵

De nombreuses évolutions sont à constater depuis une quinzaine d'années, dans la prise en charge psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles. Sur un plan législatif on ne peut que saluer à cet égard la mise en place, plus ancienne, des SMPR (1986) ainsi que le passage vers les hôpitaux publics de l'organisation des soins en milieu pénitentiaires (1994). S'ils peuvent être considérés comme le point d'ouverture d'un champ des possibles en ce domaine, c'est aussi et particulièrement sur l'effort constant des praticiens et thérapeutes engagés auprès de ces détenus que reposent les progrès réalisés (en terme de recherche théorique mais aussi en ce qui concerne la pratique : constitution de réseaux, formation des professionnels, etc.). La tâche ne fut pourtant pas facile compte tenu de certains phénomènes (au demeurant compréhensibles) de résistances d'une institution carcérale traditionnellement peu tournée vers des professionnels extérieurs ; de l'attitude particulière des détenus auteurs d'agressions sexuelles, détenus « modèles » et de fait peu concernés subjectivement par le soin et tout ce qui s'en approche ; compte tenu par ailleurs de l'augmentation massive du nombre de détenus en France, particulièrement de ceux présentant des problèmes psychologiques ou psychiatriques (et les AAS en font partie). En fournissant un cadre à la prise en charge des AAS condamnés, la loi du 18 juin 1998 est venue conforter ce champ naissant.

Plusieurs évolutions ont à ce titre été repérées au niveau des pratiques proposées à ces individus. Si dès le départ les psychothérapies individuelles ont constitué la base de cette prise en charge, d'autres pratiques émergent depuis quelques années. Elles permettent de consolider (en se complétant) et d'élargir (en touchant des individus peu accessibles) l'approche des AAS.

Les thérapies de groupe occupent une place importante dans cette évolution, dans la mesure où elles ont connu ces dernières années un essor important. L'une des principales raisons de cet engouement réside dans le fait qu'elles permettent de pallier efficacement les problèmes d'élaboration (capacité intellectuelle à l'introspection et à la projection de soi dans le cadre d'une conversation avec un thérapeute) de nombreux détenus AAS. Les psychothérapies de groupe permettent ainsi de toucher un plus grand nombre d'individus. Les techniques (généralement plusieurs thérapeutes sont présents mais les groupes peuvent être ouverts à tout type de délits ou réservés aux seuls AAS ; les groupes peuvent être basés sur la parole uniquement ou sur des activités manuelles, ou les deux, etc.), comme les outils utilisés (la chaîne de l'agressivité ; le jeu de carte « Qu'en dit-on ? », etc.) sont aisément adaptables au contexte, aux personnalités des individus en présence, aux majeurs comme aux mineurs, ce qui permet une certaine souplesse de fonctionnement.

D'autres techniques beaucoup moins développées comme les thérapies familiales ou encore la psychomotricité nous ont paru intéressantes dans ce contexte.

⁵ Voir sur cette partie les préconisations 2 à 9.

Estimés peu utiles en situation de détention (hormis des cas apparemment rares de « pulsions » extrêmement éprouvantes pour l'individu, mentalement comme physiquement), les traitements chimiques dont les effets secondaires peuvent être importants, sont perçus comme devant être utilisés au cas par cas en conjugaison des approches psychothérapeutiques. De l'avis de tous les professionnels, y compris des plus spécialisés en la matière, il est absolument nécessaire que celles-ci soient maintenues en parallèle.

L'élément le plus préjudiciable actuellement à la prise en charge thérapeutique des AAS en milieu pénitentiaire est sans nul doute la pénurie de psychiatres. Le manque de psychiatre (en général et dans les établissements « spécialisés » dans la détention des AAS en particulier) s'avère être préjudiciable au travail effectué en interne auprès des détenus mais aussi, par voie de conséquence, à l'extérieur, dans le cadre du suivi post-pénal.

Le suivi en interne et le suivi extérieur doivent être appréhendés comme les deux faces d'une même pièce. Si de mauvaises conditions de suivi extérieur rendent inefficace le travail engagé en détention, des soins inexistantes ou inadaptés en prison ne permettront pas non plus d'envisager sereinement un processus de réinsertion. Il est donc nécessaire de maintenir un lien fort entre ces deux moments qui constituent, somme toute, une même prise en charge. La présence d'un nombre suffisant de professionnels compétents à ces deux moments d'un parcours judiciaire est, sinon un gage, du moins un atout important dans le cadre de la lutte contre la récidive.

La complexité des problématiques associées aux AAS implique certes la présence en nombre de psychiatres mais également la possibilité pour les équipes de bénéficier d'un temps de parole et de mise en commun qui les « décharge » en quelque sorte des lourdeurs et difficultés de ces suivis. A ce titre plusieurs équipes ont mis en place des séances de supervision ou de régulation intra-institutionnelles. Elles permettent à la fois d'épancher les angoisses et de travailler sur certaines représentations négatives (ou des peurs) susceptibles de venir parasiter voire bloquer la relation au détenu.

De façon plus générale, bien que des ouvertures soient à l'œuvre, la formation de partenariats et autres formes de collaborations en la matière restent le plus souvent limités à des relations inter-personnelles. L'impulsion de dispositifs de coordination permettrait de pallier certaines limites de prise en charge. Pour autant, l'élargissement des formations (initiales ou continues) en matière de prise en charge des AAS, serait un moyen d'initier certains professionnels (du social par exemple) à ce type de problématique et de favoriser, à partir d'un socle commun de connaissances, les relations entre eux.

LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ⁶

Les domaines d'intervention du SPIP en milieu fermé sont d'une grande diversité. Ils comprennent, pour l'essentiel, le suivi des détenus tout au long de la détention, la préparation des aménagements de peines auprès du JAP et la préparation à la sortie auprès des détenus, en mettant en place tous les moyens propres à favoriser leur réinsertion et la prévention de la récidive. Un suivi social a par conséquent de multiples facettes.

Si, dans l'ensemble, les travailleurs sociaux sont en manque d'outils spécifiques à la prise en charge individuelle des AAS, ils ont su adapter leurs réponses professionnelles aux besoins de cette population en utilisant les moyens à leur disposition. Les personnes interrogées estiment

⁶ Voir sur cette partie les préconisations 10 à 15.

notamment que les expertises psychiatriques et psychologiques réalisées auprès des AAS pendant l'instruction constituent l'une des matières premières qui permet de guider leur travail. Plus que les autres éléments du dossier pénal, ces expertises leur fournissent les informations dont ils auront besoin pour entamer un travail sur l'infraction commise et sur le sens de la peine. Si les expertises produites pendant l'instruction permettent au CIP d'amorcer un premier contact, celles réalisées en cours de détention (loi de mai 1998) vont lui permettre de se faire une idée plus fiable de l'évolution du détenu pendant la détention ou des possibilités d'un aménagement de la peine. Nous constatons ici que l'expertise est non seulement de plus en plus présente dans le procès pénal, pesant de tout son poids sur les décisions des magistrats, mais qu'à partir de la loi de mai 1998, elle va devenir un élément fondamental de l'exécution de la peine et même de son aménagement.

Pour autant, un certain nombre de difficultés existent, inhérentes à certaines particularités de ces détenus. Les travailleurs sociaux reconnaissent dans leur majorité que les AAS ont une demande particulièrement forte d'écoute. Ils éprouvent l'envie d'établir des relations de confiance que ces personnels ne sont pas toujours en mesure de gérer s'estimant notamment insuffisamment armés pour affronter les difficultés inhérentes à ces problématiques (sur le plan subjectif : violence de certains propos, difficultés d'établir du lien compte tenu du poids de la représentation à leur égard ; sur un plan plus objectif signalons le manque de liens familiaux de ces individus, ce qui ne facilite guère le travail de réinsertion). En outre, les travailleurs sociaux doivent faire face à une surcharge de travail de plus en plus importante.

De nombreux éléments s'ajoutent à ces problèmes. Ainsi, les travailleurs sociaux évoquent des difficultés grandissantes lors de la constitution des dossiers d'aménagement de peine pour ces détenus. Les aménagements de peine sont d'une part de plus en plus inaccessibles ne serait-ce qu'en raison de la longueur des périodes de sûreté. D'autre part, les lois les plus récentes rendent obligatoires les expertises psychiatriques afin d'établir le degré de dangerosité des détenus avant l'octroi d'une libération conditionnelle. On cite ainsi des cas difficiles où trois expertises ont été ordonnées en raison des résultats considérés comme non concluants. Dans le doute, le JAP refuse généralement d'accorder la libération conditionnelle pour éviter tout risque de récidive. Cela se traduit par des chiffres sans équivoque : 8,5% de libérations conditionnelles sont octroyées aux auteurs d'homicide, contre 4,4% aux auteurs de viols. Selon les magistrats, un autre obstacle s'ajoute à cela, il s'agit de la difficile collaboration entre les magistrats, le(s) SPIP et le(s) SMPR et/ou le(s) UCSA dans la communication d'éléments sur les détenus condamnés pour des infractions sexuelles en vue d'un aménagement de peine. La communication se ferait ainsi au cas par cas, davantage en fonction des relations interpersonnelles qui ont pu être nouées qu'en fonction d'une relation institutionnelle. Des canaux de communication institutionnels font ainsi défaut.

Les schémas traditionnels sur lesquels se fonde le travail des CIP en terme de préparation à la sortie sont également bouleversés par les particularités de la population des AAS. En effet, dotés parfois d'un niveau de qualification supérieur à la moyenne des détenus, ils ne trouvent guère de difficultés à retrouver un emploi voire (chose rare chez les autres détenus « longues peines ») l'emploi qu'ils occupaient avant leur condamnation. Pour autant des difficultés importantes apparaissent, liées à leur isolement familial (extrêmement fréquent pour ce type de crime et délit) et leur âge avancé au moment de la sortie. Les travailleurs sociaux se heurtent notamment ici à la difficulté de placer ces individus dans des foyers ou maisons de retraite qui refusent souvent de recevoir des personnes ayant commis ce type d'infraction. C'est en particulier l'un des obstacles majeurs auxquels font face les individus sortant de Casabianda.

La prise en charge groupale en milieu fermé constitue une des modalités développées par certains SPIP pour s'adapter à ces détenus particuliers. Nous développons la technique ainsi

que ses fondements dans la seconde partie consacrée au milieu ouvert pour lequel elle a été créée au départ.

Deuxième partie de ce chapitre : la prise en charge des AAS dans le cadre du projet d'exécution des peines et le rôle joué par les psychologues PEP Le projet d'exécution des peines (PEP)⁷ – dernier grand projet ambitieux de la DAP sur le sens de la peine - a pour objectif global de conjuguer l'individualisation judiciaire et administrative de la peine afin d'en adapter l'exécution aux caractéristiques individuelles des détenus. Il cherche également à promouvoir l'implication du détenu dans ce projet et à produire les éléments objectifs permettant une meilleure connaissance de celui-ci et de son comportement. Dans les établissements pour peines qui ont une forte concentration d'AAS, il a été question, à un moment donné, d'organiser à partir du PEP une véritable prise en charge pluridisciplinaire des AAS Nonobstant, comme l'indiquent les différents acteurs concernés, le PEP s'est essoufflé et rares sont les établissements où il continue à jouer un rôle moteur dans l'exécution des peines, ce qui n'a pas été sans conséquences pour les psychologues PEP, placés en première ligne du dispositif.

Dans les établissements « spécialisés » dans l'accueil des AAS, les psychologues PEP ont, de leur propre initiative, essayé de mettre en place certaines actions destinées aux populations concernées. C'est ainsi que dans un établissement s'est monté un groupe de parole, tandis que dans un autre une pratique de retour des expertises aux détenus –à l'instar des travailleurs sociaux- a été instaurée. Ailleurs encore sous les dehors d'un entretien de diagnostic se réalise une prise en charge assimilable à une psychothérapie.

Il est de fait que les actions des psychologues PEP relèvent actuellement d'initiatives purement individuelles, aucune directive ou note de service n'ayant été produite par l'institution pour indiquer la façon dont ces personnels devraient s'impliquer –ou pas- dans la prise en charge de cette population.

Il ressort de l'étude un besoin impérieux de redéfinir leurs attributions afin qu'ils retrouvent une véritable place –en accord avec leurs compétences- dans une institution qui a, par ailleurs, un besoin criant de personnel spécialisé en santé mentale.

Pour finir sur ce point il apparaît que ces psychologues, qui ont un si grand mal à définir leur vrai champ de compétences, sont aussi, par la force, des choses en passe de faire évoluer leur métier voire de créer un nouveau métier, une nouvelle forme d'intervention. De par les nouvelles pratiques professionnelles qu'ils mettent en place, les psychologues PEP seraient en passe de dessiner les contours d'un nouveau champ d'exercice professionnel en France, celui du *psycho-criminologue*, développé sous d'autres latitudes.

⁷ Prévus par la loi du 6 janvier 1995 : plan pluriannuel pour la Justice.

DEUXIEME PARTIE

LE MILIEU OUVERT : LES SOINS PENALEMENT IMPOSES

LE SUIVI INDIVIDUEL EN MILIEU OUVERT ⁸

L'exécution des peines en milieu ouvert relève des Services d'Insertion et de Probation, or, comme l'ont souligné certains travaux, ceux-ci constituent traditionnellement « *la branche la plus silencieuse de la justice pénale, celle qui, en outre, affiche et assume publiquement le moins les choix qui orientent son action* »⁹. Par ailleurs, très peu de recherches se sont penchées sur le sujet de l'exécution des peines en milieu ouvert. Ceci explique, en partie, les difficultés rencontrées dans la collecte des données concernant ce chapitre.

Précisons par ailleurs que la distinction ici (comme dans la première partie) entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale des AAS n'a pas été jugée pertinente. En effet, en milieu ouvert pratiquement toutes les formes de suivi des AAS sont le résultat d'une triple intervention, judiciaire, sanitaire et sociale. Cette prise en charge peut prendre trois formes différentes que nous avons analysées : celle d'un sursis avec mise à l'épreuve et obligation de soins ; celle d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins ; celle enfin d'une libération conditionnelle ou d'un suivi post-pénal. Dans tous les cas, les trois instances participent à la mesure, de façon néanmoins plus ou moins appuyée. Le JAP en tant que garant judiciaire de l'accomplissement de la décision de justice ; le CIP en tant qu'opérateur et garant « social » de l'accomplissement de la mesure, le professionnel de la santé mentale (psychiatre ou psychologue) étant garant, quant à lui, de l'application concrète de la décision judiciaire.

Avec moins d'impact, à ce jour, sur la prise en charge des AAS, les nouvelles mesures concernant le placement sous surveillance électronique (à domicile et mobile) sont ici également analysées.

Le SME avec obligation de soin et le rôle accru du travailleur social

Une des rares recherches réalisée en 1999 sur le milieu ouvert¹⁰ montrait que les trois quarts des condamnés pour infractions sexuelles étaient concernés par l'obligation de soin.

L'essentiel du suivi est réalisé par le CIP, pivot de la mesure et consistera en un travail auprès du condamné dans le but de le faire adhérer aux soins ; il s'agit d'aboutir à la recherche d'un médecin capable de lui procurer ces soins puis d'établir la mise en place réelle des soins ordonnés. Un rapport semestriel est rendu au JAP afin de l'informer sur l'évolution de la mesure.

⁸ Voir sur cette partie les préconisations 16 à 28.

⁹ A. Chauvenet, C. Gorgeon, C. Mouhanna, F. Orlic, *Contraintes et possibles: les pratiques d'exécution des mesures en milieu ouvert*, rapport de recherche, Paris, GIP Mission de Recherche Droit et Justice, 1999, p. 6.

¹⁰ A. Chauvenet, C. Gorgeon, C. Mouhanna, F. Orlic, *Contraintes et possibles: les pratiques d'exécution des mesures en milieu ouvert*, op. cit. Cette recherche a été réalisée entre 1997 et 1998, avant que la réforme du SPIP soit mise en place.

Plusieurs difficultés compromettent la bonne application de la décision de justice, et surtout l'obtention des résultats escomptés.

La première concerne la mise en place de la mesure. En effet, la recherche citée plus haut¹¹ met en lumière l'énorme laps de temps qui sépare, dans bon nombre de cas, la date du jugement de celle du premier rendez-vous avec le travailleur social. La question la plus importante à soulever, pour ce qui est de notre propre étude, est celle du temps écoulé entre la mise en place réelle de la mesure et ce qui reste à exécuter de la mesure une fois que celle-ci a commencé. A titre d'exemple il faut savoir que pour 43% des mesures, l'ensemble des étapes à franchir jusqu'à la rencontre avec le travailleur social a pris entre les deux tiers et les trois quarts de la durée de la mesure. Le travailleur social doit donc s'adapter à de telles conditions, en somme, être efficace là où l'organisation de la justice a montré ses limites. Il s'agira généralement de donner du sens à une peine somme toute nébuleuse que le justiciable ne saisit pas toujours et de faire avec la pénurie de moyens mis en place pour son exécution (pénurie de personnel censé la mettre en place -JAPs, greffiers, TS, pénurie de personnel censé l'accompagner -médecins, psychiatres, psychologues, sexologues...).

Une autre difficulté importante concerne l'opérationnalisation de l'obligation de soins. Les travailleurs sociaux se sentent en effet souvent impuissants face à des probationnaires réfractaires à l'adhésion aux soins, qui ne reconnaissent pas l'utilité de la mesure. Ils se heurtent également à la question du secret professionnel qui les réduit parfois à de simples récepteurs de certificats médicaux. Dernier élément, les travailleurs sociaux se heurtent souvent à une fin de non recevoir de la part des médecins spécialistes et en particulier des psychiatres hostiles, sur le plan éthique, au principe « d'obligation » de soins. Certains, pour d'autres raisons liées à la méconnaissance de la problématique des AAS, montrent également des résistances à les accepter dans leur file-active. Plus étonnant sont les cas, bien réels, des hôpitaux psychiatriques qui s'interrogent encore sur leur « obligation » à prendre en charge cette population.

Les difficultés pour établir un partenariat réel entre les différentes parties en présence sont souvent évoquées ici. Plusieurs éléments y participent : la question, nous l'avons dit du secret médical qui permet rarement qu'un échange ait lieu entre les différents professionnels ; le choc entre les logiques judiciaires et sanitaires se révèle aussi être au cœur du problème. La question de l'expertise psychiatrique est ainsi soulevée par les médecins et les structures de soin qui comprennent mal que des magistrats puissent décider de la pertinence d'un suivi sanitaire sans une expertise préalable (alors même que selon la loi seul le prononcé du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins doit être fondé sur une expertise).

Le suivi socio judiciaire (SSJ) avec injonction de soins : le couple JAP-médecin coordonnateur

Contrairement aux SME avec obligation de soin qui place le travailleur social comme responsable du suivi de la mesure devant le JAP, dans le SSJ le médecin coordonnateur sera le responsable du suivi opérationnel de la mesure devant le JAP. Le législateur a ainsi pratiquement évincé le SPIP du dispositif global du SSJ. Le rôle du travailleur social se limite ici à un suivi « distancé » de la personne avec des interventions semblables à celles faites dans un SME, à la différence que c'est ici le magistrat qui garanti l'application de la mesure. Cette « mise à l'écart » du dispositif est néanmoins vécue de façon plutôt positive par les CIP, car ils se sentent libérés d'une tâche qu'il leur est difficile d'assurer, compte tenu de leur déjà lourde charge de travail.

¹¹ *Ibidem*, p. 65.

Mesure phare de la loi du 17 juin de 1998, le suivi socio-judiciaire peine néanmoins à se mettre en place faute, justement, de médecins coordonnateurs et de médecins traitants.

Ces difficultés majeures de généralisation font qu'il est encore trop tôt pour évaluer raisonnablement le dispositif. Il est également trop tôt pour mesurer son impact sur la récidive des AAS. Néanmoins, les divers avis recensés pendant l'étude montrent que les différents acteurs jugent, à ce stade, de façon plutôt positive son fonctionnement auprès des AAS. Le médecin coordonnateur paraît effectivement mieux placé que les travailleurs sociaux pour un suivi « rapproché » de la mesure et pour créer des passerelles avec la justice, permettant à la fois le respect et la levée partielle du secret professionnel.

Pour autant, si l'évaluation globale du dispositif là où il a été mis en place est plutôt positive, d'importantes difficultés de fonctionnement ont été soulevées par différents acteurs interviewés. En effet, bien que les médecins traitants disent s'efforcer de signaler aux médecins coordonnateurs des incidents ou des manquements aux rendez-vous de la part des patients, certains d'entre eux reconnaissent aussi ne pas toujours se souvenir si un patient est en suivi socio-judiciaire ou non. Ils constatent, par ailleurs, l'existence fréquente de disparités incongrues entre les obligations et les injonctions de soins, dans la mesure où ils rencontrent des PPSMJ qui ont parfois un suivi socio-judiciaire de 5 ans et d'autres qui, ayant perpétré des actes plus graves, seront condamnés à une obligation de soin sans forcément être en suivi rapproché et pour un laps de temps très bref (un an et demi, par exemple). Compte tenu des durées des procédures, il arrive que les soins commencent quand la mesure est pratiquement finie, point qui avait également été soulevé pour les SME. Les magistrats, de leur côté, tout en affirmant que le dispositif est lourd et prend beaucoup de temps, reconnaissent que globalement il commence à donner de bons résultats, du moins en ce qui concerne la prise en charge sanitaire des condamnés. Ils font clairement la différence entre les SME où eux mêmes ou les travailleurs sociaux n'ont « aucune prise sur les soins », et les SSJ où le contrôle exercé par le médecin coordonnateur garantit un meilleur suivi. Ils soulignent néanmoins les difficultés déjà soulevées quant à l'implication des médecins traitants et la désignation des médecins coordonnateurs.

Le post pénal ou l'initiative des équipes soignantes

On englobe sous ce nom générique, les diverses interventions qui se font après l'incarcération. Pour les AAS, il s'agit notamment d'un suivi psychologique et psychiatrique, mais aussi social.

Les différents soignants interviewés (SMPR ou UCSA) sont formels sur le fait qu'aucun détenu AAS pris en charge en détention ne sort de prison sans adresse pour la continuité du traitement. Nonobstant, ils reconnaissent aussi que des dysfonctionnements contrarient souvent le suivi à l'extérieur, notamment en raison d'une surcharge des services de soins ambulatoires et du rejet très fréquent de ce type de patient aussi bien en pré- qu'en post-carcéral. Les avis sont partagés sur les suites à donner à cet état de fait.

Certains services s'organisent, de façon parfois déterminée. La continuité de la prise en charge est alors assurée en faisant intervenir la même équipe de professionnels à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. D'autres services ont mis en place des possibilités de suivis hospitaliers à l'extérieur.

D'autres équipes, en revanche, ont fait le choix de promouvoir de façon expresse une rupture du détenu avec le milieu carcéral en encourageant celui-ci à aller vers la structure extérieure des CM. Ces équipes avancent l'idée qu'il ne faut pas créer de « filières sortants de prison », mais plutôt organiser la sortie très tôt et avec beaucoup de pédagogie.

LA PRISE EN CHARGE SOCIALE EN MILIEU OUVERT : LES GROUPES DE PAROLE CONTRE LA RÉCIDIVE ¹²

L'une des pratiques les plus novatrices relevée par l'étude est une forme nouvelle de prise en charge sociale en milieu ouvert mise en place par certains SPIP. Il s'agit des groupes de parole contre la récidive, adressés aux auteurs d'infractions à caractère sexuel conçus dans la lignée des « guidances » mises en place en Belgique ¹³.

Deux exemples différents ont été analysés : celui du SPIP d'Angoulême et celui du SPIP d'Albi.

L'expérience d'Angoulême, premier du genre (créé en 2001), est partie d'un double constat : la difficulté pour les travailleurs sociaux du SPIP d'aborder en face à face les problèmes liés à la sexualité, l'entretien individuel trouvant rapidement ses limites dans ce domaine, et les processus défensifs développés par les délinquants sexuels (dénis, minimisation, résistance à l'intégration des valeurs sociales...) qui faisaient obstacle à l'adhésion aux soins. L'obligation de soin du cadre judiciaire se limitait trop souvent à une contrainte administrative. Nous n'allons pas revenir en détail ici sur les techniques développées. Disons que les moyens utilisés sont d'ordre éducatif :

- amener les délinquants sexuels à prendre conscience de leurs dysfonctionnements
- leur donner des outils en vue d'une meilleure insertion sociale
- favoriser une meilleure autonomie et estime de soi
- favoriser l'accès au soin (milieu fermé) ou une meilleure adhésion au soin (milieu ouvert).
- retisser des liens sociaux qui ont tendance à se distendre.

Bien qu'ils puissent être très différents en fonction de leurs initiateurs, la mise en place de groupes de parole ou guidances, apparaît comme une pratique intéressante dans la prise en charge sociale des AAS. Ils sont néanmoins très peu utilisés à ce jour par les différents SPIP ¹⁴. Selon les expériences décrites, les groupes de parole permettent de mettre en œuvre de nouveaux modes d'intervention auprès des AAS visant à donner un sens à la peine. Ils permettent, surtout, de travailler sur l'adhésion aux soins et sur la place de la victime dans le fait pénal. En ce sens, ils répondent à un besoin en permettant aux travailleurs sociaux de retrouver un positionnement plus clair dans la prise en charge de ces individus. Ils doivent néanmoins être menés avec prudence, en respectant le rôle social et criminologique de l'intervention ; leur champ d'action est pénal et leur visée n'est pas le soin, mais la prévention de la récidive. Par ailleurs, les professionnels qui les mettent en place doivent être pertinemment formés et avoir accès à un accompagnement et une supervision par des psychiatres ou des psychologues.

¹² Voir sur cette partie la préconisation 29.

¹³ L'exemple belge également analysé figure à la fin de la première partie du rapport.

¹⁴ On évoque des expériences similaires mises en place notamment par les SPIP de Rennes et Saint Malo et de Lille.

PRECONISATIONS

Préconisation 1 : *Définir, au niveau de la DAP, une politique plus lisible concernant les affectations des condamnés pour infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires. En ce qui concerne les AAS, cette politique devrait tenir compte, au moment de l'affectation, en plus des critères de sécurité et de rapprochement familial, de l'offre de soins psychiatriques et/ou psychologiques existante. Elle doit être notamment mise en accord avec la loi de juin 1998 qui établit que la personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie d'un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins exécute sa peine dans un établissement pénitentiaire disposant d'un service médical et psychologique adapté.*

Quant aux établissements qui reçoivent en majorité cette population, des concertations doivent être menées avec l'autorité sanitaire afin qu'ils soient mieux pourvus en personnel soignant spécialisé et notamment en psychologues et psychiatres. De son côté, l'AP devrait doter ces centres des personnels d'insertion et de probation nécessaires à une prise en charge sociale adéquate. Le ratio de 80 détenus/ travailleur social devrait être appliqué dans les établissements à grande concentration de AAS.

Préconisation 2 : *Avant toute chose il apparaît important de maintenir une diversité des pratiques en matière de prise en charge psychiatrique et psychologique. La première raison à cela est que les approches se complètent généralement entre elles. Par ailleurs une palette élargie d'approches et de méthodes (psychothérapeutique, médicamenteuse etc., respectueuses au demeurant d'une certaine éthique), permettra de toucher un maximum d'individus. Enfin, la diversité des pratiques conditionne l'évolution future du champ par la possibilité d'expérimentations de nouvelles méthodes et/ou de nouvelles alliances de méthodes.*

Préconisation 3 : *L'efficacité de la prise en charge médicale des AAS en milieu fermé est aussi conditionnée par la présence en nombre suffisant de psychiatres. Il convient à ce titre de pallier urgemment la pénurie de psychiatres au sein des SMPR comme dans tous les établissements amenés à recevoir un nombre important d'AAS. Le manque de psychiatre s'avère être préjudiciable au travail effectué en interne auprès des détenus mais aussi, par voie de conséquence, à l'extérieur, dans le cadre du suivi post-pénal.*

Le suivi en interne et le suivi extérieur doivent être appréhendés comme les deux faces d'une même pièce. Si de mauvaises conditions de suivi extérieur rendent inefficace le travail engagé en détention, des soins inexistantes ou inadaptés en prison ne permettront pas non plus d'envisager sereinement un processus de réinsertion.

Il est donc nécessaire de maintenir un lien fort entre ces deux moments qui constituent, somme toute, une même prise en charge.

Préconisation 4 : *Concernant le repérage de ces détenus : bien que les consultations « arrivants » des SMPR le permettent, une procédure spécifique à destination des AAS mériterait d'être étudiée dans l'ensemble des établissements et par toutes les équipes soignantes, à l'image de celle concrétisée au CD de Caen. Il s'agirait de donner suite à cette consultation par une convocation du détenu AAS à un entretien d'accueil réalisé par un (ou deux) membre(s) de l'équipe du SMPR. Cet entretien particulièrement ciblé sur l'infraction en question (la reconnaissance des faits ou non ; la victime, etc.) serait suivi par une évaluation pluridisciplinaire de la situation (menée par l'équipe) ainsi qu'un*

compte rendu au détenu accompagné d'une proposition de soins. En cas de refus de sa part cette proposition de soins serait réitérée dans le cadre d'un nouvel entretien, au minimum deux fois par an.

Préconisation 5 : *Au même titre qu'au moment de l'entrée en détention, une définition de la situation du détenu s'impose vers la fin de la période d'incarcération. Il serait judicieux, de dresser, dans tous les établissements, une liste de sortants afin de pouvoir préparer plus activement la sortie du détenu AAS environ 6 mois auparavant. Il s'agirait, pour l'équipe soignante de travailler sur ce qui s'est passé durant la détention et de voir, au cas par cas, ce qu'il est possible de proposer. Un tel travail permettrait aussi de garder des traces des suivis.*

Concernant la question du travail en partenariat : la complexité des situations d'un nombre croissant d'individus qui cumulent plusieurs types de problématique (judiciaire, pénitentiaire, sociales, somatiques, psychiatriques, familiales, etc.) fait que plusieurs professionnels interviennent autour d'un même cas. Le fait n'est pas nouveau ; il est même dominant, crise économique aidant, depuis une quinzaine d'années. C'est pourquoi d'ailleurs les réseaux et autres formes de partenariats se sont développés depuis.

Il est difficile cependant de penser la prise en charge en terme de collaboration sans penser en même temps au partage d'informations. Les différentes parties en présence doivent pouvoir communiquer entre elles certaines informations capitales pour le bien-être de la personne prise en charge.

Une circulaire Santé-Justice datée du 21 juin 1996 rend possible la pratique du secret partagé. Il convient, selon ses termes, « de ne transmettre que les éléments nécessaires, de s'assurer que l'utilisateur concerné est d'accord pour cette transmission ou tout au moins qu'il a été informé (...) et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite soient soumises au secret professionnel (...). Le professionnel décidant de l'opportunité de partager un secret devra également s'assurer que les conditions de cette transmission (lieu, modalités) présentent toutes les garanties de discrétion ».

Certains professionnels évoluant dans d'autres domaines (délinquance des mineurs, toxicomanie notamment) que celui qui nous préoccupe ici, ont pris les devants en créant des unités ou dispositifs de coordination dont le principe est de réunir, autour d'une table, des professionnels rattachés à une même prise en charge qui pose problème et qui ne peut être résolue (par manque de données, de perspectives) dans le strict cadre des tâches dévolues à chacun des professionnels en présence. L'équipe de coordination (composé d'au moins un psychiatre) est là pour décortiquer avec eux la situation à problème et trouver, sur la base de certaines informations mises, dans ce cadre, en commun, un mode de résolution qui convienne à tous, dans le respect de ses fonctions et surtout adaptée à la personne prise en charge.

Des cas extrêmes malheureusement assez répandus existent y compris dans le cadre de la prise en charge des AAS :

- celui du travailleur social qui par manque d'esprit d'initiative va s'enquérir de données médicales ou psychiatriques sur son client pensant y trouver l'explication de ses difficultés à mener à bien cette prise en charge.
- celui du médecin qui se réfugie littéralement derrière le secret médical pour s'éviter l'effort de discussions avec d'autres professionnels notamment du social ;

Préconisation 6 : *De telles situations nécessitent un recadrage du problème. Par-delà ce travail, il devrait être possible, dans d'autres cas litigieux, de trouver des passerelles à partir desquelles les différents professionnels médicaux et sociaux pourraient échanger, entre eux, des informations à minima. D'ailleurs, un tel compromis n'est pas aberrant car il existe déjà de façon informelle dans la pratique quotidienne de certains professionnels ; le problème est qu'il reste dépendant des acteurs en présence et de leurs relations. La tenue de réunions inter-services dans les établissements, auxquels assisteraient tous ces professionnels, seraient un moyen d'y travailler.*

Si la formation (des travailleurs sociaux comme des médecins ou des psychologues) en ce qui concerne l'approche des AAS a aussi un rôle à jouer dans ces capacités d'ouverture et la mise à disposition d'outils pour le faire, des dispositifs de type « unité de coordination » devraient être mis en place. Y interviendraient au minimum un psychiatre et un autre intervenant, familiers du domaine et des relations partenariales. Quand ils seront créés, les centres ressources qui disposent d'une forte légitimité d'action dans la prise en charge des AAS et dont l'une des missions est aussi d'être un lieu de recours pour ce qui est des cas difficiles (voir plus haut), pourraient être le lieu de tels dispositifs consultables en cas de problème.

Préconisation 7 : *Les difficultés inhérentes à l'approche des AAS (notamment violence de certains propos ; nécessité de préserver malgré tout une certaine distance, une neutralité professionnelle...) rendent indispensables une offre de soutien psychologique ou psychanalytique à tous les intervenants qui le souhaitent. Il pourrait s'agir d'une supervision d'équipe par un psychiatre ou psychologue extérieur ou de suivi individuel, à la demande.*

Préconisation 8 : *Une formation de base (sous forme de stage par exemple) devrait être proposée de façon systématique aux professionnels amenés à côtoyer de près les AAS (notamment dans les établissements « spécialisés » auprès de cette population).*

Préconisation 9 : *poursuivre la recherche en la matière. Mener des évaluations sur les dispositifs existants et envisager la mise en place d'évaluations longitudinales sur des cohortes d'individus condamnés pour agressions sexuelles.*

Préconisation 10 : *Recrutement des candidats aux concours CIP. Avec quelques années de recul vis-à-vis du décret du 21 septembre 1993, une réflexion doit être menée sur les critères de sélection des candidats aux concours de recrutement des élèves CIP eu égard à l'évolution des besoins de l'institution pénitentiaire. Est-ce un choix institutionnel que de privilégier dans le recrutement des élèves CIP des candidats majoritairement issus d'une formation en droit ? Il conviendrait ensuite de s'interroger sur les critères de sélection établis par les commissions de recrutement afin d'explicitier les raisons pour lesquelles les lauréats de ce concours d'entrée ont ce type de profil. Il conviendrait, enfin, de faire connaître les informations relatives aux concours de recrutement dans les facultés de Sciences Humaines et de Sciences Sociales.*

Préconisation 11 : *Formation. Renforcer, dans la formation initiale des CIP, les contenus thématiques touchant les agressions sexuelles et leur prise en charge. Offrir aux élèves CIP, dès la formation initiale, les techniques d'animation et d'évaluation des groupes de parole destinés à la population des AAS ou à d'autres populations pénales. Dans le cadre de la formation continue de l'ENAP ou par convention avec des organisations comme l'Antenne de Psychiatrie et psychologie légale de la Garenne-Colombes, mettre en place des formations régulières permettant d'approfondir la connaissance et la prise en charge des AAS Ces formations devront également constituer le lieu d'apprentissage de la connaissance des techniques d'animation des groupes de parole déjà citées.*

Préconisation 12 : Pratiques professionnelles (les « guidances »). *Favoriser la mise en place de groupes de parole (« guidances ») en milieu fermé, en laissant le soin aux équipes du SPIP de les formaliser selon leurs besoins. Par ailleurs, il serait pertinent que l'un des psychologues exerçant en milieu fermé (SMPR, UCSA ou psychologue-PEP) soit associé à l'expérience en tant que garant du suivi des équipes de CIP pour la mise en place de l'action et le « retour » ensuite (sorte de « débriefing ») après séance. Si ces psychologues sont dans l'incapacité d'accompagner l'expérience en milieu ouvert, des vacations devront être assurées par un psychologue extérieur.*

Les Directions Régionales devraient faire de cette action une priorité en termes d'objectifs et de budget.

Sur le recrutement des personnels du travail social. Une difficulté signalée par toutes les personnes interrogées est celle de la charge de travail des personnels d'insertion et de probation, qui les amène à devenir parfois des « gestionnaires de dossiers pénaux », au détriment du travail de fond -sur le plan individuel et social- qu'ils sont censés mener auprès des PPSMJ. Le travail fourni par les personnels d'insertion et de probation est extrêmement délicat car il est situé à l'intersection de la promotion de la loi et des liens sociaux ; dans la création de passerelles entre l'intérieur et l'extérieur ; entre le privé et le public, entre l'institution judiciaire, l'institution sanitaire et le condamné ; dans l'accès au Droit et aux droits ; dans l'apprentissage de la norme... Tout cela nécessite du temps et de la disponibilité à l'heure, de surcroît, où les procédures deviennent de plus en plus lourdes.

Préconisation 13 : *Il apparaît pertinent de continuer la politique de recrutement des CIP de façon à permettre la réduction des ratios actuels de personnes suivies par travailleur social en milieu fermé et en milieu ouvert. Même si cela varie selon les situations spécifiques, il est apparu consensuel que le ratio ne dépasse pas le seuil de 80 P.P.S.M.J par travailleur social si l'on souhaite garantir un certain travail de fond au niveau de l'insertion.*

Il semble par ailleurs nécessaire d'accompagner la politique de recrutement des nouveaux C.I.P de l'A.P d'un recrutement de personnels d'insertion issus des formations d'assistant de service social. Cela permettrait d'entretenir un équilibre dans les services entre des personnels plus formés en droit et d'autres plus formés à l'intervention sociale. Cela enrichirait le fonctionnement des services et la prise en charge des populations pénales.

Concernant le partenariat. Dans une large majorité des sites visités, il a été constaté un important problème de communication entre les personnels pénitentiaires et les personnels soignants. Les cultures propres à chaque institution rendent parfois très difficile l'entente et la définition d'objectifs communs entre les personnels. La résolution de certaines problématiques bute également sur la question complexe du secret professionnel. Si personne ne met en doute les conséquences positives de la loi de 1994 qui a transféré la tutelle des soins en prison au Ministère de la santé on constate, de part et d'autre, des difficultés à faire coïncider des logiques de travail différentes aussi bien sur le plan pratique que déontologique. Les travailleurs sociaux et les équipes de direction se plaignent, d'un côté, de l'absence d'information - même générale - sur le travail mené auprès des détenus et les équipes soignantes évoquent, de leur côté, l'espace privilégié de la parole libre, garantie par le secret professionnel, qu'ils doivent préserver pour le détenu-patient comme préalable à tout travail de soin.

Il est apparu que les « ponts » de communication entre les UCSA et SMPR d'un côté, et les services sociaux et les personnels de direction de l'autre, étaient dans certains sites presque totalement coupés. Cette situation a pour effet de compliquer la prise en charge des populations pénales dans un cadre carcéral, peu enclin par définition à simplifier les relations.

On a constaté ainsi la présence d'une certaine méfiance des équipes soignantes à l'égard des équipes pénitentiaires et, depuis la loi Perben II, du JAP. En effet, l'incitation aux soins en direction des AAS qui doit être effectuée chaque semestre par les J.A.P, de même que les certificats de suivi fixés par la loi de décembre 2005 contre la récidive, ont provoqué un véritable malaise parmi les psychologues et psychiatres des prisons qui résistent à ce qu'ils considèrent comme une « instrumentalisation » de leur travail. Cela provoque également des effets pervers sur leur travail auprès des détenus, comme nous l'avons déjà analysé.

De leur côté, les travailleurs sociaux ressentent davantage une certaine méprise de leur fonction et de leur appartenance au milieu pénitentiaire. Comme si le fait de travailler pour le Ministère de la justice et, en particulier, pour la D.A.P. les disqualifiait sur le plan professionnel aux yeux des personnels de la santé. Cette suspicion pèse d'autant plus sur leur relation aux autres professionnels et sur leurs possibilités de mener un travail en partenariat qu'elle s'accompagne très souvent d'une idée de soumission à l'institution et d'un rôle de contrôle des détenus.

Sans qu'aucun service ne trahisse sa propre déontologie, le premier des partenariats à établir concerne les intervenants qui travaillent à l'intérieur de la prison. La seule manière de l'accomplir est de créer des passerelles inter-services permettant une meilleure connaissance des contraintes et des attentes de chacun. Il paraît donc nécessaire de mettre en place des passerelles de communication entre les personnels soignants UCSA, les SMPR et les personnels pénitentiaires. Sans exclure d'autres modalités de communication, qui peuvent s'avérer plus efficaces, il conviendrait de mettre en place des réunions régulières entre les services de soins et les personnels pénitentiaires, afin de traiter de la prise en charge sanitaire et sociale des populations pénales. Une communication de ce type a permis d'avancer dans la prise en charge des situations difficiles comme le suicide ou celle des AAS dans quelques établissements visités. Citons l'exemple de La Santé où, grâce - entre autres - à un effort particulier de communication entre les personnels, aucun suicide n'a été à déplorer en 2005.

Préconisation 14 : *Formaliser la mise en place, sous l'égide du directeur de l'établissement, de réunions de coordination, à périodicité fixe, entre les différents personnels pénitentiaires et les personnels soignants afin de traiter de la prise en charge sanitaire et sociale des populations pénales. Il suffirait d'appliquer pleinement l'article II-2.4.1 du Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenus, élaboré par le Ministère de la santé et de la protection social et le Ministère de la justice en septembre 2004¹⁵. Cet article porte sur « L'amélioration de la coordination des acteurs impliqués dans la santé mentale des personnes détenues ». Le directeur de l'établissement est responsable de la mise en place de ces réunions et doit veiller à la bonne communication avec le chef de service UCSA et SMPR. Les JAP pourraient être associés à ces réunions.*

Préconisation 15 : *Redéfinition du profil de poste et élargissement des compétences du Psychologue PEP. Il est suggéré de créer un groupe de travail -dont la composition serait à définir mais où prendraient part des représentants des psychologues-PEP, afin de réfléchir à une redéfinition des missions de ces professionnels qui, tout en continuant leur implication dans le PEP, participeraient de façon plus active à la prise en charge de certaines populations pénales particulièrement difficiles et, notamment, des AAS. Ces nouvelles missions pourraient réorienter ces postes vers des pratiques proches de la psychocriminologie avec, au moins, trois nouvelles fonctions :*

¹⁵ Voir : <http://apnet.dap.intranet.justice.gouv.fr/guidemethodologique/premierepage.htm>.

- les diagnostics de personnalité (à la manière de ce qui est pratiqué actuellement par exemple à la prison de Loos par les psychologues SMPR) ;
- l'animation de groupes de parole (à la manière du travail effectué à Mauzac¹⁶) ;
- l'accompagnement des équipes de CIP dans le cadre de la mise en place des groupes de parole (préconisés dans ce même rapport) et de leur suivi sous la forme notamment de supervisions (un travail d'accompagnement comme celui mené par des psychologues extérieurs auprès des équipes SPIP d'Angoulême ou d'Albi¹⁷). Des nouvelles rencontres interprofessionnelles ainsi que des formations devront accompagner cette évolution.

Préconisations concernant la relation entre le Ministère de la justice et le Ministère de la santé :

Préconisation 16 : *Créer une instance (commission) permanente de concertation et de décision entre le Ministère de la justice et le Ministère de la santé concernant la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles aussi bien en milieu ouvert qu'en milieu fermé. Elle devrait décider, également, de la mise en place de programmes de prévention de la récidive de ce type d'agressions.*

Préconisation 17 : *Approfondir le travail de concertation entre le Ministère de la justice et le Ministère de la santé pour que l'autorité sanitaire s'implique davantage dans la formation. Il s'agirait notamment de renforcer l'offre de formations sur la prise en charge des AAS adressées à des médecins psychiatres, psychologues ou autres professionnels. Elles auront pour but de former aussi bien des médecins coordonnateurs que de spécialiser des médecins traitants. La formation initiale de médecins-psychiatres devra être renforcée également avec des contenus dans le domaine. Ces formations devront être accompagnées d'un travail de sensibilisation, auprès des médecins psychiatres, sur le rôle du médecin coordonnateur.*

Préconisation 18 : *Dans le même sens, mener une campagne de sensibilisation adressée aux CMP afin de favoriser la prise en charge des publics pénaux et notamment des AAS.*

Préconisation 19 : *Mener à terme l'important travail d'élaboration du guide méthodologique pour l'application du suivi socio-judiciaire qui se trouve dans sa phase finale. Distribuer ce guide aux acteurs concernés. Il serait utile de le distribuer également auprès des tribunaux correctionnels qui rencontrent, ainsi que la recherche l'a montré, des difficultés dans l'application de cette peine quand elle comporte une injonction de soin.*

Préconisations concernant la politique de formation, de prévention et de recherche

Préconisation 20 : *Développer, dans le cadre des formations initiales et continues des magistrats, des modules spécialisés dans la législation et la procédure pénales concernant les soins pénalement imposés aux AAS.*

Préconisation 21 : *Quant à la formation en général, appliquer les recommandations R.3 à R-11 (qui concernent la formation des soignants, des médecins coordonnateurs, des médecins inspecteurs de santé publique, des magistrats, des personnels pénitentiaires, des personnels de la PJJ et des personnels sociaux et éducatifs) avancées par le groupe de*

¹⁶ Voir en annexe, fiche-action rédigée par le psychologue PEP de Mauzac sur le groupe de parole.

¹⁷ Voir en annexe les fiches-action des groupes de parole d'Angoulême et d'Albi.

travail mené par le Ministère de la justice et le Ministère de la santé sur « La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles soumis à une injonction de soins dans le cadre d'une mesure de suivi socio-judiciaire »¹⁸.

Préconisation 22 : *Mener des recherches spécifiques au champ de l'exécution des peines en milieu ouvert pour des AAS afin de mieux connaître les caractéristiques des populations concernées ainsi que les difficultés rencontrées par les services sociaux et judiciaires notamment dans l'opérationnalisation des obligations et des injonctions de soin. Il conviendra de se pencher, également, sur les relations JAP-SPIP-Services de soin dans le cadre de soins pénalement imposés.*

Préconisations concernant l'exécution des mesures en milieu ouvert

Préconisation 23 : *Il est recommandé que les équipes SMPR et UCSA organisent le suivi extérieur en mettant en place des relais facilitant la continuité de la prise en charge des sortants de prison ayant une injonction ou une obligation de soin dans leurs peines, ou simplement désireux de continuer le traitement initié en prison. Si la prise en charge par les CMP, quand elle est organisée et qu'il y a des équipes formées, est une solution satisfaisante, il ressort de l'étude que des consultations ambulatoires créées par les mêmes équipes intervenant en prison peuvent donner une plus grande lisibilité et une meilleure continuité à la prise en charge des sortants de prison, ainsi qu'à celle des condamnés à des mesures en milieu ouvert. Ces consultations permettent par ailleurs une capitalisation de l'expertise développée en milieu carcéral. L'exemple de l'équipe de Montpellier montre que même les équipes UCSA, non SMPR, peuvent mettre en place des telles consultations.*

Préconisation 24 : *Pour le détenu ayant été condamné à un suivi socio-judiciaire et sortant de prison, il conviendrait -comme il a été suggéré par certains JAP-, que soit désignée l'autorité responsable qui communiquera au Tribunal de l'Application des Peines du lieu de résidence la date de la sortie de prison et qui transmettra le dossier pénal. Il pourrait être envisagé que ce soit l'Administration pénitentiaire, dépositaire du dossier pénal, qui fasse cette démarche.*

Préconisation 25 : *L'Administration pénitentiaire doit veiller à ce que la condamnation à un SSJ soit inscrite sur la fiche pénale du détenu condamné à celui-ci, afin que dès les débuts de sa détention, le JAP puisse réaliser les incitations aux soins et assurer, avec le SPIP, le suivi en détention et la préparation à la sortie. L'existence d'un seul dossier pénal par condamné qui « suive » le détenu dans les différents lieux de détention, doit être également garanti.*

Préconisation 26 : *Doter les Tribunaux de l'Application des Peines de plus de moyens (JAP, greffiers...) afin d'assurer une application plus rapide et un meilleur suivi des peines prononcées. Cela permettrait aux JAP de s'impliquer d'avantage dans le suivi de certains condamnés à des peines en milieu ouvert et notamment de ceux condamnés pour d'infractions à caractère sexuel. Les entretiens auprès de ces auteurs, le suivi de peines comme le SSJ impliquent un plus fort investissement en temps que d'autres dossiers. Ils impliquent également le développement d'un partenariat qui relève de la responsabilité du JAP.*

¹⁸ Voir les recommandations du groupe de travail sur « La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles soumis à une injonction de soins dans le cadre d'une mesure de suivi socio-judiciaire », Ministère de la santé – Ministère de la justice, mars 2001-avril 2002, p. 17.

Préconisation 27 : *Clarifier la place des SPIP dans l'accompagnement du SSJ. Même si le dispositif semble bien fonctionner malgré la participation très discrète de ces professionnels, il ne paraît pas souhaitable, vis-à-vis de la procédure d'exécution des peines, que le médecin coordonnateur se substitue au travailleur social dans un dispositif particulier. En revanche, il faudrait se garder de multiplier les interlocuteurs dans un dispositif qui semble déjà assez lourd.*

Préconisation 28 : *Dans les lieux où il n'a pas été possible de mettre en place les suivis socio-judiciaires en raison de l'absence de médecin coordonnateur, ouvrir (en concertation avec la DASS), la possibilité pour des médecins coordonnateurs des zones environnantes d'être saisis par le JAP dans le cadre des SSJ. Des aménagements doivent être à ce titre portés à la circulaire du Ministère de la santé sur l'application du SSJ. Il faudrait, en particulier, prévoir un dédommagement pour les déplacements et une rétribution plus élevée pour chaque dossier suivi. Le nombre de suivis possibles pourrait passer, concernant ces cas exceptionnels, de 15 à 20 par médecin coordonnateur. Les rencontres des MC avec les personnes sous SSJ pourraient se tenir dans les bureaux du SPIP de la région, dans des bureaux de la DASS ou d'un centre de soins public, si possible, à caractère psychiatrique.*

Préconisation 29 : *les « guidances » en milieu ouvert : Favoriser la création de groupes de parole contre la récidive, adressés à des AAS suivis en milieu ouvert, dans tous les sièges et antennes du SPIP, selon le modèle défini par les équipes de travailleurs sociaux. Pour ce faire, les personnels d'insertion et de probation doivent être progressivement formés à l'animation de ces groupes de parole. Il serait pertinent qu'un psychologue exerçant en milieu fermé (SMPR, UCSA ou Psychologue-PEP) soit associé à l'expérience en tant que garant du suivi des équipes de travailleurs sociaux pour la mise en place de l'action et l'évaluation des séances. Si un psychologue du milieu fermé ne peut accompagner l'expérience en milieu ouvert, des vacations devront être assurées afin d'associer un psychologue libéral, comme à Angoulême ou Albi.*

Les Directions Régionales devront faire de cette action une priorité d'objectif et de moyens budgétaires.

Il serait pertinent de mettre en place des mécanismes d'évaluation permanents des expériences déjà existantes ainsi que de celles à développer.