

LA PRISE EN CHARGE PENITENTIAIRE DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES

ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DE NOUVELLES PRATIQUES

(Convention de recherche n°26.03.10.01)

Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs.

Toute reproduction, même partielle,
est subordonnée à l'accord du GIP".

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont bien voulu,
le temps d'un entretien, participer à cette étude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I - Eléments de cadrage socio historiques et juridiques.....	1
1 - Aux origines d'une prise en charge	1
2 - Rappels statistiques et législatifs	1
II - les auteurs d'agressions sexuelles : une catégorie spécifique de détenus	11
III - Un choix d'affectation à double tranchant : les centres « spécialisés » pour les AAS....	16
Bilan et préconisation.....	20
PREMIERE PARTIE LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU FERME.....	23
A - LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE	23
I - Données contextuelles.....	24
1 - La prison : un contexte particulier de prise en charge thérapeutique	24
2 - Le sens de la peine ou les débats sur les pré-requis à la prise en charge médicale	27
3 - Des variations de pratiques sous un socle théorique général	30
II - Différentes étapes, différentes pratiques.....	33
1 - Les modalités d'accès aux soins : des détenus repérés	33
2 - Les psychothérapies individuelles : une pratique générale adaptée au cas par cas	35
3 - Les psychothérapies de groupe : des pratiques en plein essor adaptées à certains AAS	38
4 - Les traitements médicamenteux : un intérêt certain dans un cadre précis, « hors les murs » ...	43
5 - Autres pratiques (psychomotricité ; thérapies familiales...).....	46
III - Les évolutions en matière d'organisations professionnelles	47
1 - La supervision ou régulation intra-institutionnelle.....	47
2 - La formation et la recherche	49
IV - Un exemple de prise en charge étranger : la Belgique	53
Bilan et préconisations	58
B - LA PRISE EN CHARGE SOCIALE	62
I - Les services du SPIP face à une nouvelle réalité.....	62
1 - Le CIP : une profession en manque d'outils spécifiques à la prise en charge individuelle des AAS	63
2 - La prise en charge groupale des AAS : les groupes de parole en milieu fermé.....	78
Bilan et préconisations	80

II - La prise en charge des AAS dans le cadre du projet d'exécution des peines : les psychologues PEP	85
1 - Le PEP : un projet ambitieux actuellement en manque de souffle	85
2 - De la redéfinition des pratiques à la création de nouvelles pratiques.....	88
Bilan et préconisations	90

DEUXIEME PARTIE LE MILIEU OUVERT : LES SOINS PENALEMENT IMPOSES 93

A - LE SUIVI INDIVIDUEL EN MILIEU OUVERT : UNE TRIPLE ENTENTE ?	95
I - Les SME avec obligation de soin : le rôle accru du travailleur social	95
1 - Les pratiques	96
2 - Les écueils dans l'application de la mesure.....	97
II - Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins : Le couple JAP-médecin coordonnateur	104
1 - Un dispositif encore relativement peu utilisé car trop dépendant du relais sanitaire	105
2 - De nouveaux partenariats, de nouvelles pratiques.....	106
3 - Un bilan plutôt positif, malgré d'importantes difficultés de généralisation.....	112
III - Le « post-pénal » ou l'initiative des équipes soignantes	114
IV - Le bracelet électronique, à la croisée de différentes mesures, mais avec un impact réduit sur la prise en charge des AAS	117

Bilan et préconisations	119
--------------------------------------	------------

B - LA PRISE EN CHARGE SOCIALE EN MILIEU OUVERT : LES GROUPES DE PAROLE CONTRE LA RECIDIVE.....	122
I - L'expérience du SPIP d'Angoulême	122
II - L'expérience du SPIP d'Albi	126
III - Différences entre les deux expériences.....	127

Bilan et préconisations	128
--------------------------------------	------------

CONCLUSION 129

BIBLIOGRAPHIE GENERALE 133

ANNEXES 135

LISTE DES SIGLES UTILISES

AAS	Auteurs d'agressions sexuelles
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AP	Administration pénitentiaire
ARTAAS	Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles
CAP	Commission d'application des peines
CIP	Conseiller d'insertion et de probation
CD	Centre de détention
CDN	Centre de détention national
CMP	Centre médico-psychologique
CRASC	Centre de recherche-action en sexo-criminologie (Belgique)
DSPIP	Direction des services pénitentiaires d'insertion et de probation
JAP	Juge de l'application des peines
LC	Libération conditionnelle
MA	Maison d'arrêt
OS	Obligation de soins
PEP	Projet d'exécution des peines
PSE	Placement sous Surveillance Electronique
PSEM	Placement sous Surveillance Electronique Mobile
PPSMJ	Personne placée sous main de justice
QIPASS	Questionnaire d'investigation pour les auteurs d'agressions sexuelles
QICPASS	Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles
RPS	Réduction de peines supplémentaire
SME	Sursis avec mise à l'épreuve
SMPR	Service médico-psychiatrique régional
SPIP	Services pénitentiaires d'insertion et de probation
SSJ	Suivi socio-judiciaire
TAP	Tribunal de l'application des peines
TS	Travailleurs sociaux
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UPPL	Unité de Psychopathologie Légale (Belgique)

INTRODUCTION

I - Eléments de cadrage socio historiques et juridiques

1 - Aux origines d'une prise en charge

La psychiatrie n'a pas toujours porté une attention particulière aux auteurs d'agressions sexuelles incarcérés. La raison en est que, le plus souvent tranquilles, ces détenus ne présentent généralement « aucun signe de souffrance psychologique ou psychiatrique et, par conséquent ne sont pas signalés par l'Administration pénitentiaire ; par ailleurs ils ne formulent pas d'eux-mêmes une demande de soins »¹.

Il faut attendre le milieu des années quatre-vingt-dix pour voir se former un champ de réflexion autour de cette catégorie de détenus. A l'origine : des expériences isolées menées par quelques précurseurs interpellés par la question dans le cadre de leurs activités cliniques ou d'expertise. Ainsi, le Dr Claude Balier qui, dans un ouvrage de référence : « psychanalyse des comportements violents » publié en 1988² s'efforce de dépasser les nosographies psychiatriques classiques mal adaptées à ce type de comportements « limites », et montre comment l'utilisation de l'outil psychanalytique en milieu carcéral permet d'y faire face et de soigner. Il dégagera, un peu plus tard dans « psychanalyse des comportements sexuels violents » les contours d'une pathologie spécifique aux configurations psychiques néanmoins variées. Ailleurs le Dr Laurens et le Dr Baron-Laforêt (CD de Fresnes), percevant la nécessité d'une prise en charge particulière de ces détenus rarement demandeurs de soins créent, avec le soutien de l'Administration pénitentiaire, une Unité Psychiatrique d'Hospitalisation exclusivement destinée à ces détenus. Au tout début des années quatre-vingt-dix le Pr Barte (CMP de secteur - Paris 17ème) ouvre une consultation spécialisée en sexopathie et forge le concept du même nom qui désigne selon lui la pathologie spécifique « d'un individu souffrant de troubles psychiques qui le mettent dans l'impossibilité d'établir de façon adaptée une relation sexuelle fondée sur l'altérité ». Dans le même temps, interrogeant les frontières, dans ce contexte, entre le champ sanitaire et le champ juridique, et dans une perspective résolument pluridisciplinaire, le Dr Roland Coutanceau ouvre une

¹ Brahmy B., La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles en milieu pénitentiaire, Actualités Juridiques Pénales, N°2/février 2004, pp. 59-62.

² Balier C., Psychanalyse des comportements violents, Paris : PUF, 1988, 279p.

consultation (individuelle et groupale) spécialisée en criminologie et psychiatrie-psychologie légale (La Garenne-Colombes). Dans un autre registre, le Dr Cordier (Hôpital Foch – Suresnes) s'attache à mettre en œuvre et à développer les traitements chimiques alors balbutiants en France :

« A l'époque je constatais que pour beaucoup de personnes que j'avais dans mon expertise il fallait les prendre en charge, et rien n'avait été fait et ils avaient récidivé. Je me suis à ce moment là décidé à être acteur et non seulement observateur expert c'est-à-dire à m'impliquer dans la prise en charge plutôt médicamenteuse parce qu'en même temps à cette époque j'étais attaché aux services d'endocrinologie du CHU de B. Donc j'étais en contact étroit avec les endocrinologues et c'est avec eux que nous avons décidé d'envisager d'autres traitements que l'Andro-cure, ce qu'on appelle les LH-RH. » (extrait d'entretien)

Ces différentes expériences vont progressivement se diffuser et leurs auteurs, s'efforcer de partager leurs connaissances. De nouvelles initiatives collaboratives vont permettre d'approfondir les réflexions en cours et donner une visibilité à ce nouveau champ.

En 1991, face à l'augmentation du nombre d'incarcérations pour infractions à caractère sexuel et suite à une des propositions de la mission IGAS/DH/DGS/AP³ de la même année sur la promotion de la santé mentale en milieu carcéral, un groupe de travail destiné à définir les possibilités de traitement et le suivi médico-psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles a été mis en place par le Ministère de la santé et le Ministère de la justice. La plupart des professionnels précédemment cités en font partie. Faisant suite aux premiers travaux de ce groupe, une mission « d'évaluation et de propositions sur les traitements des auteurs de délits ou crimes à caractères sexuels » est confiée au Dr Balier en mai 1993 pour une durée de trois ans. Il s'agit de faire la synthèse des connaissances dans ce domaine en France comme à l'étranger, d'apporter conseils et soutiens aux professionnels concernés et de proposer des critères d'appréciation sur la mise en œuvre, les moyens nécessaires et le suivi des auteurs de délits et de crimes sexuels »⁴. Il en résulte, en novembre 1996, un important rapport de près de 300 pages basé sur un double axe évaluatif et thérapeutique comportant notamment la réalisation et la passation auprès d'auteurs d'agressions sexuelles en milieu pénitentiaire d'un vaste questionnaire nommé QIPASS (Questionnaire d'Investigation pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles). Élément fondamental de connaissance mais aussi outil de rencontre des auteurs d'agressions sexuelles et de formation des personnels, le QIPASS continuera d'être utilisé par la suite (et encore aujourd'hui) par les différents soignants en milieu pénitentiaire. Agissant comme guide d'entretien, il constitue également « la base d'une trame relationnelle thérapeutique permettant d'aborder le sujet au long de son

³ Inspection Générale des Affaires Sanitaires/Direction de l'Hospitalisation/Direction Générale de la Santé/Administration Pénitentiaire.

⁴ Cf Lettre de mission du Dr Balier datée du 12 mai 1993.

parcours pénitentiaire, quel que soit le lieu de ses différentes incarcérations, avec une relative cohérence »⁵. Les conclusions du rapport insistent sur plusieurs points :

- La dénomination auteurs d'agressions sexuelles renvoie à des fonctionnements psychologiques divers.
- Une thérapeutique est possible, pour permettre, par des voies diverses, le développement d'une activité mentale.
- Le suivi médical ne saurait en aucun cas régler tous les problèmes. Pour certains sujets résistants à la thérapie, la voie judiciaire stricte doit être privilégiée.
- Pour une majorité, l'aide médicale en prison peut donc être efficace sans qu'il soit nécessaire de parler d'obligation.
- L'obligation de soin est nécessaire à l'extérieur de la prison où la personne ne dispose plus des repères et du cadre propre à faciliter un travail de mentalisation.
- les psychiatres et psychologues devraient établir une différence entre traitement (dans un cadre déterminé dans l'espace et le temps) et suivi (le rappel régulier de la nécessité d'un travail psychologique).
- Dans le cadre du traitement et surtout du suivi la part du cadre social représenté par le travail des SPIP est de la plus grande importance.
- La prise en charge des agresseurs à leur sortie de prison doit être assurée par un thérapeute reconnu relié à la sphère judiciaire par un tiers, un médiateur (psychologue ou médecin, expert en ce type de patients).

La création de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agresions Sexuelles (ARTAAS) en 1996 présidée par Claude Balier découle de ces travaux et rencontres professionnelles.

« L'ARTAAS ça c'est important, ça s'est construit en 96, une fois finalement qu'on était 40 à 50, on a commencé par la recherche et on a voulu continuer par le partage clinique ; continuer à élaborer ensemble parce que c'est quelque chose qu'on ne peut pas partager à l'extérieur. C'étaient quand même des délits pas fréquents. Donc on a fondé l'association avec l'idée qu'on pouvait partager l'information, et poursuivre la recherche sur le traitement et la thérapeutique. Donc la première étape, ça a été au niveau national à la fois formation et à la fois commencer à intéresser les collègues sur le sujet et surtout notre idée c'était que tous les collègues qui suivent ce genre de patients ne devaient pas le faire seuls. Donc les 3-4 premières années on a fait des journées annuelles, à Lille, à Perpignan, donc on a structuré des journées nationales. » (Un médecin psychiatre, praticien hospitalier)

Victime de son succès, l'association entreprend par la suite sa régionalisation. Des responsables régionaux sont proposés, chargés d'organiser localement des rencontres

⁵ Balier C., Rapport de recherche sur les auteurs d'agressions sexuelles, Paris : La Documentation Française, novembre 1996, p. 7.

autour de thématiques différentes. Des journées nationales annuelles sont toutefois maintenues.

L'ARTAAS a pour but de :

- promouvoir la recherche, les actions thérapeutiques (dont les réseaux de soins), la formation des personnels et catégories professionnelles concernées ;
- regrouper et relayer les informations auprès des instances administratives régionales et nationales.

L'ARTAAS soutient le développement de réseaux de soins et développe des formations :

- les responsables régionaux proposent des réunions de confrontations cliniques et de réflexions interdisciplinaires ;
- organise des colloques, des sessions de formation pour futurs médecins coordonnateurs depuis 2000 puis pour l'ensemble des professionnels dans le cadre de l'application de la loi de 1998 ;
- les membres de l'association interviennent dans les enseignements et participent aux formations continues de l'ENAP et l'ENM.

Les échanges avec l'étranger font partie intégrante de ces rencontres depuis les premières expériences. Un certain nombre d'équipes de psychiatrie en milieu pénitentiaire effectuent également des formations dans des centres de recherche et de prise en charge étrangers (stages notamment à l'Institut Philippe Pinel de Montréal ou au CRASC (Centre de Recherche-Action et de Consultation en Sexo -Criminologie) de Bruxelles.

En 2001 soit 3 années après le vote de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (qui reprend certaines des recommandations du rapport Balier comme la nécessité d'un médecin coordonnateur dans le suivi post-pénal (voir plus bas), une Conférence de consensus est organisée par la Fédération Française de psychiatrie avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. Il s'agit de préciser les champs de compétence de la psychiatrie et de la justice et de faire le point sur les traitements et leurs modalités de mise en œuvre notamment en termes de partenariats. Une série de recommandations en ont découlé. Elles insistent notamment sur :

- la nécessité de mettre en œuvre des études et évaluations visant à mieux caractériser les auteurs d'agressions sexuelles ;
- la nécessité de répertorier les différentes pratiques et expériences en la matière dans quelque domaine que ce soit et la nécessité de diffuser ces expériences ;
- le maintien d'une diversité des approches dont la pertinence sera régulièrement évaluée ;
- la garantie d'une continuité des thérapeutiques engagées ;
- la nécessité de l'obtention du cadre légal de l'AMM pour les chimiothérapies ;
- la nécessité, concernant le suivi socio-judiciaire de mieux préciser, dans les textes d'application, les relations du médecin coordonnateur avec les SPIP ;

- la nécessité de créer des centres de ressources à l'échelon départemental ou interdépartemental.

Concernant plus particulièrement les moyens et modalités spécifiques d'organisation des traitements il est recommandé :

- de favoriser la mise en place d'un réseau de soin incluant les praticiens libéraux et un partenariat socio-éducatif ;
- de mettre en place une formation initiale et continue à vocation pluridisciplinaire ;
- de privilégier le travail d'équipe et une pratique de supervision (individuelle ou groupale) des expériences.

Un certain nombre d'évolutions récentes vont dans le sens de ces recommandations. Ainsi la mise en place, par certains SPIP, de groupes de paroles pour auteurs d'agressions sexuelles, non plus centrés sur une thérapie mais sur la reconnaissance de la loi, participe à l'ouverture d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire. Par ailleurs, mais nous y reviendrons, certains traitements chimiques ont depuis obtenu l'AMM et des centres de ressources (voir point III ci-dessous) sont en passe de voir le jour.

En quinze ans à peine, la prise en charge et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles sont devenus un domaine de pratique à part entière. Un champ s'est ouvert et a acquis, par le sérieux de ses activités et une volonté d'ouverture, une légitimité d'action. Aux fondements de sa richesse réside le maintien d'une diversité des soins ou des approches (à la fois théoriques et pratiques, nous le verrons) posées comme nécessaires pour faire face à l'éventail des problématiques.

2 - Rappels statistiques et législatifs

Hormis la loi du 23 décembre 1980⁶ qui donne, pour la première fois, une définition précise du viol, c'est le Code Pénal de 1994 qui a amorcé une véritable politique pénale en matière d'infractions sexuelles en prévoyant les incriminations et les sanctions aux articles 222-22 à 222-33 et 227-25 à 227-27⁷.

Ce Nouveau Code Pénal distingue clairement quatre types d'infractions sexuelles : les agressions sexuelles proprement dites qui englobent le viol et la violence ; les atteintes sexuelles sur mineurs de 15 ou de 18 ans sans violence, ni contrainte, ni surprise, qui

⁶ Loi n° 80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs, *J.O.*, 24 décembre 1980.

⁷ Au 1^{er} mars fut en même temps applicable une loi du 1^{er} février 1994 créant la « peine incompressible » infligée éventuellement aux auteurs de meurtres ou assassinats de mineurs de 15 ans accompagnés de viols ou de tortures, tout au moins si la réclusion criminelle à perpétuité est prononcée. Loi n° 94-84 du 1^{er} février 1994 instituant une peine incompressible et relative au nouveau code pénal et à certaines dispositions de procédure pénale, *J.O.*, 2 février 1994, p. 1803.

correspondent à ce que l'on appelle communément des faits de pédophilie ; les exhibitions sexuelles et enfin, le harcèlement sexuel⁸.

Depuis l'adoption du nouveau Code Pénal, une multiplication des qualifications et une aggravation conjointe de l'ensemble des pénalités encourues sont constatées, contribuant au renforcement général de la pénalisation des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Dans les faits, l'action de la justice pénale se traduit par une préhension soutenue de ces auteurs, auxquels a été appliqué progressivement un régime dérogatoire au droit commun⁹. Dans sa phase présentencielle, ce régime spécial est illustré par des règles particulières de mise en œuvre de l'action publique, dans le temps (délais de prescription étendus et suspendus durant la minorité de la victime)¹⁰ et dans l'espace (extraterritorialité élargie)¹¹. Dans sa phase sentencielle et postsentencielle, ce régime est marqué par l'existence de pratiques pénales traversées par un triple mouvement : application des peines de plus en plus lourdes ; mise en place d'une surveillance probatoire accrue de ces auteurs ; mise en place des soins auxquels ils sont obligés ou enjoins, soins conditionnés par des expertises médicales préalables.

Néanmoins, l'avènement d'un régime pénal spécial concernant les agresseurs sexuels ne peut être dissocié de la place croissante prise, dans la vie publique et dans le système pénal, par les victimes de ce type d'infractions. Amélioré en 2000¹², après avoir été complété en 1998 en ce qui concerne les mineurs, un véritable statut juridique des victimes existe désormais dans les textes. Cette prise de conscience de la place de la victime doit beaucoup aux mouvements associatifs –notamment féministes– qui ont contribué à rendre répréhensibles des situations auparavant considérées comme tolérables. Progressivement saisis de la question, les pouvoirs publics ont impulsé des campagnes d'informations et ont créé des dispositifs permettant la dénonciation et une meilleure répression des violences physiques et sexuelles contre femmes et enfants.

Face à un repérage accru de tels actes, d'autres mesures législatives vont donc être adoptées. Elles visent notamment à réorganiser et à renforcer le suivi et la prise en charge thérapeutique des personnes condamnées pour ces infractions. La mesure phare du dispositif de réponse pénale reste la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la

⁸ Il convient de noter que cette incrimination occupe une place particulière dans l'édifice des infractions sexuelles car elle est fréquemment exclue des dispositions dérogatoires du régime pénal spécial appliqué aux infracteurs sexuels, n'étant visée ni par la prescription particulière de l'action publique, ni par la clause d'extraterritorialité ou par l'inscription au FNAEG. La peine de suivi socio-judiciaire ou la nécessité d'une expertise psychiatrique préalable aux principaux aménagements de peine ne s'applique pas non plus au harcèlement sexuel.

⁹ Lameyre, X. « Du régime pénal spécial appliqué, en France, aux auteurs d'infractions sexuelles », *Rev. sc. crim.* (3), juill.-sept. 2002, p. 547.

¹⁰ Article 7 alinéa 3 et article 8 alinéas 2 et 3 du code de procédure pénale.

¹¹ Articles 222-22 alinéa 2 et 227-27-1 du code pénal.

¹² Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et des droits des victimes, *J.O.*, 16 juin 2000, p. 9038.

répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs¹³. Elle prévoit, à partir de l'instauration d'un *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 SPIP (remplaçant les anciens comités d'assistance et de probation). Dans le cas où l'expertise médicale, rendue obligatoire, conclut par ailleurs à la nécessité d'un traitement, la juridiction de jugement ou le JAP pourra inclure dans ce suivi socio judiciaire, une injonction de soins. Un médecin coordonnateur est alors désigné, chargé notamment de faire le lien entre le JAP et le médecin traitant compétent¹⁴.

La loi de 1998 n'est encore appliquée que de façon limitée. Selon un rapport d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales daté du 13 juillet 2004, le nombre de suivis socio judiciaires prononcés demeure, il est vrai, particulièrement faible : 5 en 1998, 75 en 1999, 265 en 2000, 421 en 2001 et 645 en 2002, soit moins de 8% des délinquants sexuels incarcérés. Plusieurs constats viennent expliquer ces chiffres. Les juges réclameraient peu de suivis socio judiciaires lui préférant encore le sursis avec mise à l'épreuve et obligation de soins, plus facile à mettre en œuvre mais seulement valable pour trois années. Par ailleurs, le rapport souligne le manque de candidats médecins pour exercer cette mission. De fait, nombre de médecins coordonnateurs ne sont toujours pas nommés. Il importe, selon ce rapport, d'élargir à d'autres professionnels (comme les psychologues) l'offre des intervenants oeuvrant dans ce contexte, recommandations qui vont dans le sens de celles de la Fédération Française de psychiatrie¹⁵ qui posait, en 2001, la nécessité de multiplier les thérapeutiques et de maintenir une diversité des approches en attendant de pouvoir mener des évaluations et d'affiner les prises en charge.

Dans cette optique, la récente loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales¹⁶ habilite le médecin coordonnateur à recourir à un psychologue traitant en plus du médecin traitant ou à la place de celui-ci, si la personnalité du condamné le justifie. Elle autorise aussi le médecin traitant à prescrire au condamné, avec son consentement, un traitement utilisant des médicaments hormonaux, même si l'AMM concernant ces médicaments n'a pas été délivrée pour cette indication. En instaurant par ailleurs la possibilité d'utiliser le placement sous surveillance électronique mobile à partir du moment où la privation de liberté prend fin¹⁷, cette loi

¹³ Loi n° 98-468

¹⁴ La place et le rôle occupés par le médecin coordonnateur sont traités en 2^{ème} partie de cette étude dans le chapitre consacré au suivi socio judiciaire.

¹⁵ 5^{ème} conférence de consensus « *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles* », 22 novembre 2001.

¹⁶ Loi n° 2005-1549

¹⁷ Le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) fait suite au placement sous surveillance à domicile établi par la loi du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté. Le PSEM ne peut être ordonné par la juridiction de jugement qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une durée

vient compléter le dispositif légal permettant à la fois de lutter contre la récidive et de mieux réprimer les auteurs d'agressions sexuelles.

C'est donc au regard de cette évolution à la fois sociale et législative que doit être interprétée -entre autres- l'augmentation progressive des condamnés pour ces délits.

En effet, le nombre des personnes condamnées pour agression sexuelle en France n'a cessé d'augmenter depuis les 25 dernières années, avec une hausse sensible cette dernière décennie. Le nombre de condamnés incarcérés pour ces infractions a été quasiment multiplié par 8 entre 1980 et 2005, passant de 1118 en 1980 à 8 670 en 2005 (voir tableau et graphiques), soit une augmentation de plus de 600%. Pendant la même période, l'ensemble de la population incarcérée (condamnés) a été multipliée par moins de 2, en passant de 20 196 en 1980 à 39 041 en 2005, soit une augmentation de presque 100%. Par ailleurs, si pendant la première décennie (1980-1990) la proportion d'AAS dans les prisons françaises est passée de 6% en 1980, à 9% de l'ensemble de la population pénale en 1990 ; pendant la dernière décennie (1995-2005), cette proportion est passé de 13% (1995) à 22% (2005).

L'impact de l'adoption du Nouveau Code Pénal en 1994 sur cette augmentation n'a pas été jusque là suffisamment décrypté, mais il a eu sûrement une influence sur cet accroissement en permettant une plus grande répression de ce type d'infractions. La délinquance sexuelle est ainsi aujourd'hui la première cause des incarcérations dans notre pays. Avec 22% de condamnés pour ce type d'infractions, les délinquants sexuels représentent -en moyenne- le groupe le plus important (selon la nature de l'infraction principale), dans les établissements pénitentiaires. Ils sont suivis, de loin, par les condamnés pour coups et blessures volontaires, à égalité avec les condamnés pour vol simple et qualifié (17%). Néanmoins, dans certains établissements pénitentiaires, comme le CDN de Mauzac (Dordogne) ou le CDN de Casabianda (Corse), cette catégorie de détenu représente entre 70% et 80% de la population totale.

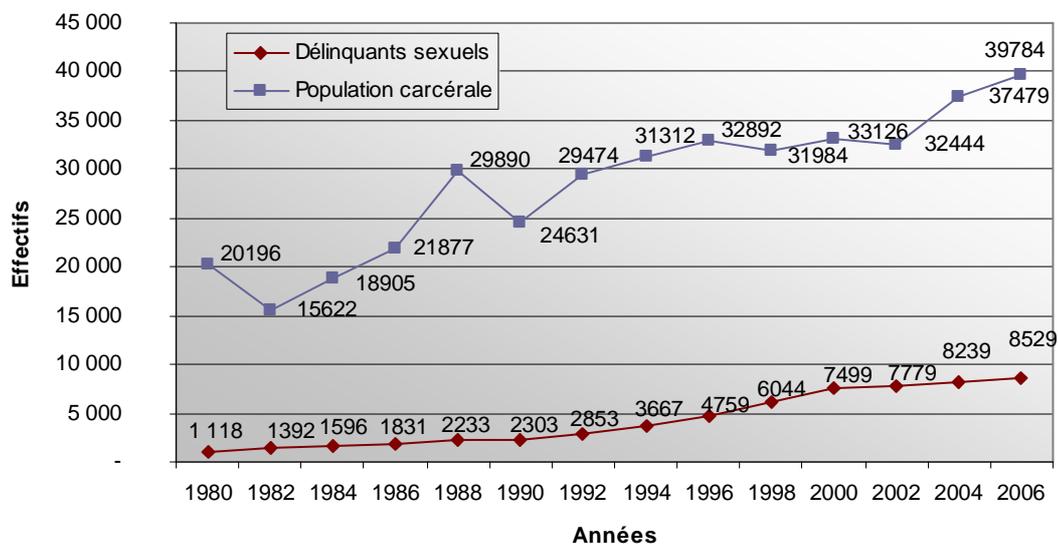
Graphique 1 : Effectifs de détenus et d'AAS condamnés au 1^{er} janvier – 1980/2006¹⁸

égale ou supérieure à sept ans, dont une expertise médicale a constaté la dangerosité. Pour être appliquée, cette mesure doit apparaître indispensable pour prévenir la récidive du condamné à sa sortie de prison.

¹⁸ Source de l'ensemble des données statistiques : DAP.

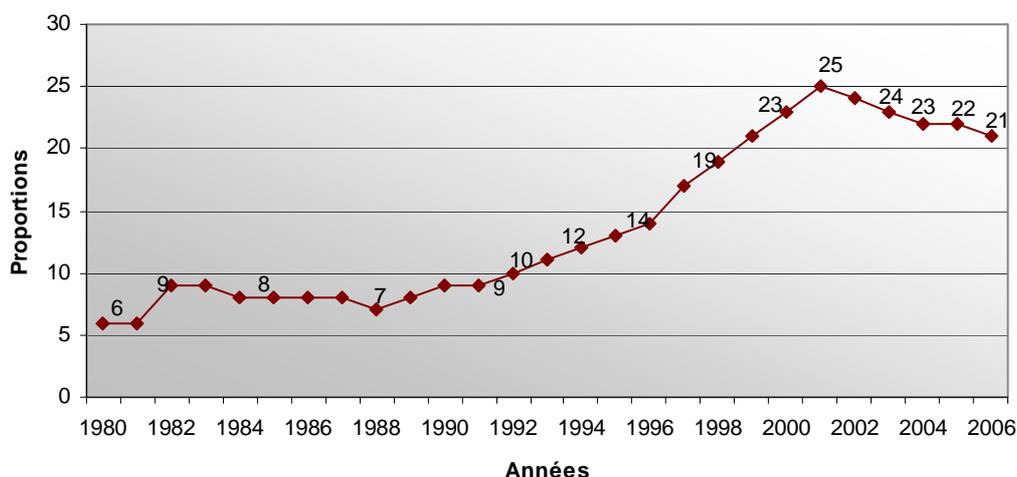
Elaboration des tableaux et graphiques : Laurent GRAS, Socio-démographe, Département Evaluation-ENAP ; qu'il soit ici remercié.

Introduction



Année	viol, attentat aux mœurs	Ensemble	%	Année	viol, attentat aux mœurs	Ensemble	%
1980	1 118	20 196	6	1994	3 667	31 312	12
1981	1 340	22 100	6	1995	3 945	30 559	13
1982	1 392	15 622	9	1996	4 759	32 892	14
1983	1 611	17 400	9	1997	5 218	31 506	17
1984	1 596	18 905	8	1998	6 044	31 984	19
1985	1 772	21 452	8	1999	6 760	32 261	21
1986	1 831	21 877	8	2000	7 499	33 126	23
1987	2 075	26 961	8	2001	7 895	31 631	25
1988	2 233	29 890	7	2002	7 779	32 444	24
1989	2 182	26 155	8	2003	8 109	34 529	23
1990	2 303	24 631	9	2004	8 239	37 479	22
1991	2 665	29 080	9	2005	8 670	39 041	22
1992	2 853	29 474	10	2006	8 529	39 784	21
1993	3 232	28 801	11				

Graphique 2 : Evolution de la proportion d'AAS incarcérés condamnés (%) 1980/2006



Ces chiffres concernant l'évolution de l'emprisonnement, semblent correspondre avec ceux relatifs à la commission d'infractions à caractère sexuel, même si ces dernières augmentent moins rapidement et paraissent même s'estomper pour l'année 2005. Depuis quelques années en effet, le viol connaît une constante progression et la France occupait le 1^{er} rang européen pour ce type de crime en 2004, loin devant les autres pays européens, avec un taux de 17,5 occurrences pour 1000 habitants¹⁹, alors qu'elle occupe le 6^{ème} rang pour la criminalité générale.

Néanmoins, en matière de délits sexuels, on enregistre sur les cinq dernières années seulement une augmentation de 1,8% des condamnations pour atteintes sexuelles : 9032 condamnations en 2003-4 contre 8874 en 1998²⁰. Depuis 1972, jusqu'à fin 2004, les atteintes aux mœurs étaient une catégorie en constante augmentation avec une progression importante ces dernières années²¹. Toutefois, contrairement à la catégorie générale des atteintes contre les personnes qui ne cesse de progresser, on enregistre dans les premiers mois de 2005, une baisse importante des violences sexuelles (-7,51%), avec une diminution des viols de 5,32% et de 9,43% pour les viols sur mineurs²². Il est trop tôt pour savoir si le sens de cette évolution à la baisse se confirmera. Ces chiffres doivent donc être pour le moment considérés à titre indicatif.

¹⁹ Source : OIPC – Interpol, 2005. Cité par le *Guide méthodologique auteurs d'infractions de nature sexuelle condamnés à une injonction de soin dans le cadre De la loi du 17 juin 1998*, op. cit.

²⁰ Source : Annuaire statistique de la Justice, Éd. La Documentation Française, 2005.

²¹ 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 », Ed. La Documentation française, 2 tomes, 2005.

²² Source : journal *Le monde*, jeudi 25 août 2005. Cité par le *Guide méthodologique : Auteurs d'infractions de nature sexuelle condamnés à une injonction de soin dans le cadre de la loi du 17 juin 1998*, op. cit.

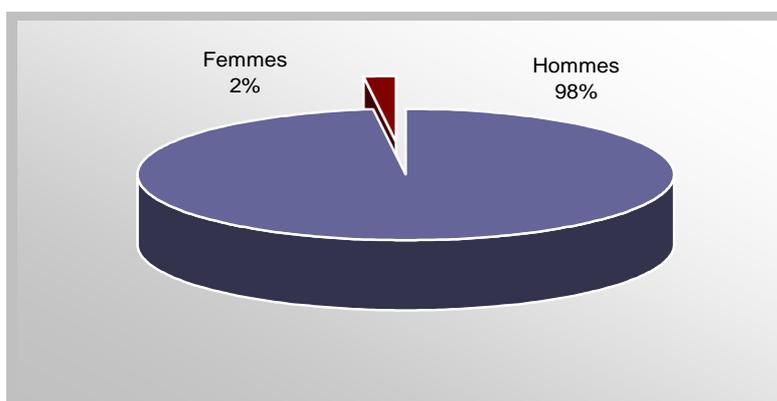
II - les auteurs d'agressions sexuelles : une catégorie spécifique de détenus

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.

■ Une majorité d'hommes

En effet, 98% des condamnés pour crimes ou délits à caractère sexuel incarcérés actuellement en France sont des hommes. Cette réalité statistique peut néanmoins masquer une autre réalité concernant la part des femmes (2% des condamnés), dont le rôle est souvent moins visible dans ce type d'infractions que d'autres nomment les « maltraitances sexuelles muettes ». Ces maltraitances feraient partie d'un climat familial « incestuel » et seraient principalement le fait de mères²³. Domaine encore peu exploré, dont le traitement social reste en grande partie tabou, il mériterait de faire l'objet d'études plus approfondies. Ceci étant, il paraît indéniable, au vu de toutes les études réalisées aussi bien en France qu'à l'étranger sur la phénoménologie criminelle de ce type d'actes, qu'ils sont dans une très large majorité effectivement commis par des hommes.

Graphique 3 : Proportion d'hommes et de femmes chez les AAS condamnés incarcérés 1^{er} janvier 2006



²³ Manciaux M., Gabel M., Girodet D., Mignot C., Rouyer M. (1997) : *Enfances en danger*, Paris, Éd. Fleurus. Ces comportements seraient plus facilement dissimulés et peuvent prendre la forme de vérifications corporelles, manœuvres exploratoires sous couvert d'hygiène des orifices anaux, génitaux ; très grandes proximités physiques, pénétration régulières des espaces d'intimité, exhibitionnisme parental, confidences érotiques, dévalorisation morales ou physiques de l'enfant. pp. 294-298.

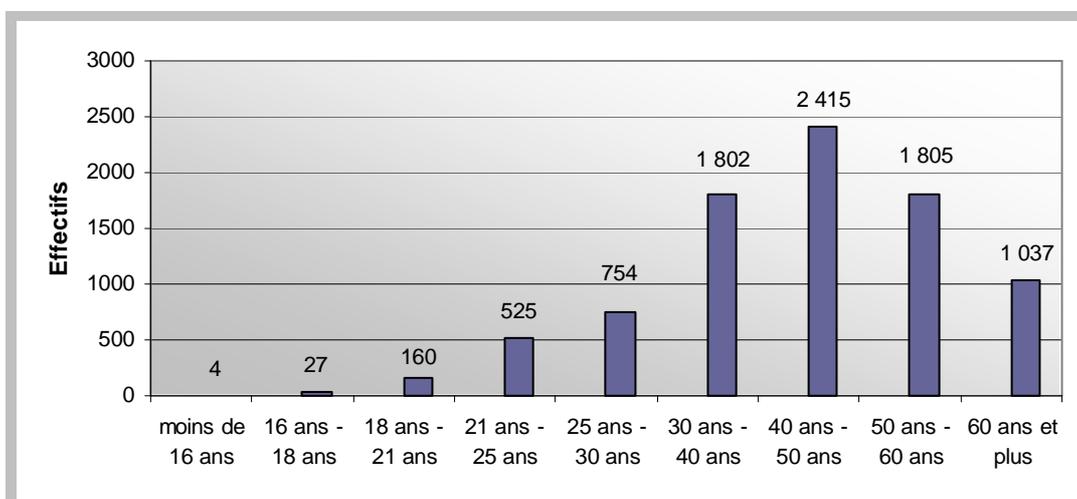
■ **Des détenus plus âgés que les autres**

Les détenus condamnés pour infractions sexuelles ont une moyenne d'âge nettement supérieure (44 ans) à celle des autres détenus (34 ans). Comme le montrent les tableaux et graphiques ci-dessous, 51% de cette population se situe dans la tranche d'âge des 40 ans ou plus, avec une forte concentration dans celle des 40-50 ans (28%), suivi de celle des 50-60 (21,2%) et, presque à égalité, par celle de 30-40 ans (21,1%). Il faut remarquer également que la tranche d'âge des 60 ans et plus concentre, tout de même, 12% de la population. Les jeunes de moins de 30 ans (15%), représentent une minorité. Il a été noté, dans certains établissements, une petite augmentation des très jeunes détenus, qui ont notamment pris part à des viols collectifs autrement dénommés « tournantes ». Ce phénomène semble s'être estompé. Par rapport à la population des AAS, les personnels semblent actuellement surtout préoccupés par l'augmentation du nombre de détenus âgés voire très âgés. On constate un vieillissement important de cette population, ce qui n'est pas sans conséquences sur sa prise en charge et sur la préparation à la sortie.

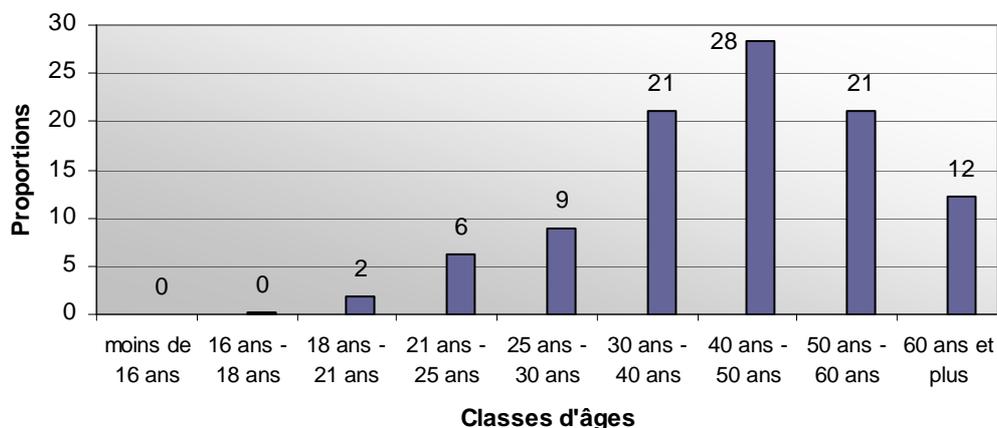
Tableau 2 : Répartition par groupe d'âges des AAS condamnés incarcérés
1^{er} janvier 2006

GROUPES D'AGES	EFFECTIFS	%
<i>Moins de 16 ans</i>	4	0,0%
<i>16 ans -18 ans</i>	27	0,3%
<i>18 ans - 21 ans</i>	160	1,9%
<i>21 ans - 25 ans</i>	525	6,2%
<i>25 ans - 30 ans</i>	754	8,8%
<i>30 ans - 40 ans</i>	1 802	21,1%
<i>40 ans - 50 ans</i>	2 415	28,3%
<i>50 ans - 60 ans</i>	1805	21,2%
<i>60 ans et plus</i>	1037	12,2%
<i>Total</i>	8529	100%

**Graphique 4 : Structure par groupe d'âges des AAS condamnés incarcérés
1^{er} janvier 2006 –**



**Graphique 5 : Structure par groupe d'âges des AAS condamnés incarcérés
1^{er} janvier 2006**



■ Des détenus réputés récidivistes

Les auteurs d'infractions sexuelles sont considérés comme de grands récidivistes. Cependant, les recherches réalisées en France sur cette question montrent que la récidive est ici considérablement plus faible que dans la plupart des autres infractions. L'impact social et la douleur des victimes provoqués par chaque récidive de cette nature contribue en fait à occulter cette donnée statistique.

Deux recherches ont notamment dégagé des taux globaux de récidive. Celle réalisée par A. Kensey, P. Tournier et C. Alméras et celle menée par Cl. Lecomte et O. Timbart.

Malgré des différences de résultats entre ces études françaises (essentiellement dues à la diversité des sources et des méthodes sur des échantillons différents), elles coïncident

sur le relatif faible taux de récurrence des AAS. Il convient de rappeler, avant tout, que le taux général de récurrence de la population carcérale, a été évalué à 59% des libérés, sur la base de l'étude du casier judiciaire national, si l'on considère les condamnations inscrites sur ce document dans un délai de cinq ans après la levée d'écrou, ce qui constitue *le taux de nouvelles affaires*.

En effet, la première de ces études montre que le taux de nouvelles affaires, quelle que soit la condamnation prononcée, est de 23% pour les « agressions sexuelles ». Ce taux est plus faible que celui d'autres délits comme, par exemple, les « vols sans violence » qui présentent un taux de 75% de récurrence. Si l'on considère le taux de 11% de *retour en prison* pour une nouvelle affaire de crime ou de délit sexuel sur mineur, on constate là aussi que c'est le plus faible des taux de « retour en prison », toutes qualifications confondues des nouvelles affaires (crimes ou délits)²⁴.

La seconde étude montre, pour sa part, concernant le *taux de récurrence à l'identique* (réitération d'un acte judiciairisé de même nature que le précédent), que pour l'ensemble des condamnés en matière de mœurs, ce taux est en moyenne de 14,1% pour les condamnés en 2001 avec un recul de 5 ans²⁵.

Comparaison en matière de délits et crimes sexuels des taux de récurrence à l'identique et des délais pour une nouvelle affaire : recul 5 ans (D'après Lecomte et Timbart, 2003)

Récurrences à l'identique	Affaires de mœurs	Vol et recel	Conduite en état alcoolique
Délits	35,2%	60%	53,2%
Temps moyen pour une nouvelle affaire	16,1 mois	Durée moyenne en matière de récurrence générale 15,7 mois.	

Récurrence à l'identique	Viols	Vols aggravés
Crimes	1,8%	14,7%
Temps moyen pour une nouvelle affaire	7 ans	6 ans

²⁴ Kensey A., Tournier P. V., Alméras C. (2004) : « La récurrence des sortants de prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 15.

²⁵ Lecomte Cl., Timbart O. (2003) : « Les condamnés de 2001 en état de récurrence », *Info Stat Justice*, n°68, juillet 2003, 4p. Ce taux se correspond à d'autres études internationales portant sur de vastes échantillons dans les pays occidentaux qui évaluent à 15% la récurrence sexuelle à 5 ans : Hanson R. K. , Bussière M. T. , « Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 1998.

Ces tableaux montrent que les taux de récidive à l'identique pour des affaires à caractère sexuel sont globalement plus bas que pour d'autres crimes ou délits. Le taux de récidive à l'identique en matière de « viols » est de 1,8% contre 14,7% pour les « vols aggravés ».

Les chiffres communiqués par la Direction Centrale de la Police Judiciaire (DCPJ) corroborent ces résultats et établissent le taux de récidive en matière d'inceste à 3,7%²⁶.

Il paraît intéressant d'évoquer, à ce stade, l'une des rares études réalisées sur la récidive dans un établissement pénitentiaire. En effet, une étude de cas sans vocation scientifique, faite par le Directeur du CD de Casabianda en 2004 produit des données intéressantes concernant la récidive de tous les libérés du Centre (37) en 1994. En analysant le casier judiciaire de ces personnes, 10 ans après leur libération, il a été constaté que 7 personnes avaient récidivées : 4 individus ont eu une nouvelle peine ; un individu a eu deux nouvelles peines et 2 ont eu trois nouvelles condamnations, ce qui fait un total de 12 nouvelles condamnations pour les 7 ex-détenus. Sur ces 12 condamnations, 10 l'ont été pour délits routiers avérés (9 pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, la 10^{ème} pour délit de fuite). Pour les deux autres condamnations, l'une a concerné des menaces de mort et l'autre des violences aggravées. En conclusion, aucune des 37 personnes libérées n'avait commis de récidive « à l'identique ». Les nouveaux délits commis ont été d'une nature autre que ceux qui ont justifié la condamnation qui a amené ces personnes à Casabianda²⁷.

■ **Des détenus réputés plus tranquilles, mais aussi des « rejetés » de la détention**

Une autre particularité des AAS est d'être une population facile à gérer en détention. Ils sont ainsi réputés tranquilles et réservés. Ils entretiennent très peu de relations avec les autres détenus. Loin d'un « caractère particulier », un élément explicatif de cet état de fait est que ces individus font partie en réalité des « rejetés » de la détention. Injuriés et parfois maltraités par les autres détenus, les AAS (dénommés « pointeurs ») sont aussi, de fait, des détenus à protéger par l'institution. Il est alors difficile de les mêler aux autres détenus notamment dans le cadre d'activités quotidiennes de l'établissement²⁸. Cela n'est pas sans conséquences sur beaucoup d'aspects qui font la particularité du comportement de ces détenus. Ainsi, vont-ils occulter leur acte parfois jusqu'au déni total, alors que la reconnaissance des faits est un préalable à l'offre de soins. L'isolement est un moyen pour eux de se préserver aussi bien de la curiosité des autres détenus que de leurs possibles agressions. C'est pourquoi, plusieurs établissements ont fait le choix d'organiser des activités réservées à cette population, comme les horaires de promenade aménagés. D'autres les placent dans des quartiers séparés du reste de la détention.

²⁶ *Guide méthodologique...*, *op. cit.*

²⁷ Guilbert, T., Directeur du CD de Casabianda, *Récidives imputables aux libérés de l'année 1994*, Casabianda, 2005.

²⁸ Ce point de la participation des AAS aux activités des établissements pénitentiaires (à commencer par le travail) mériterait, à lui seul, une analyse que nous n'avons pu mener ici.

Enfin, une autre réalité relève de la pratique mise en œuvre par la DAP de privilégier l'affectation des condamnés pour infractions à caractère sexuel vers certains établissements lesquels, de ce fait, se sont spécialisés dans l'accueil de cette population.

III - Un choix d'affectation à double tranchant : les centres « spécialisés » pour les AAS

Le fait de réserver des établissements pénitentiaires à une seule catégorie pénale est une pratique mise en place par l'Administration pénitentiaire uniquement dans le cas des AAS. Il nous est donc apparu pertinent de nous pencher sur la politique d'affectation de ces détenus. Une situation qui interpelle en premier lieu, est celle du choix réalisé par l'Administration pénitentiaire de « spécialiser » notamment trois centres de détention pour les AAS. Ainsi, le CD de Casabianda, le CD de Mauzac et le CP de Caen comptaient respectivement, au moment de l'étude, 85%, 80% et 75.5% d'auteurs d'agressions sexuelles, sur la totalité de la population pénale. Cela fait de ces institutions de véritables centres spécialisés dans l'accueil de cette population. Il faut rappeler que la réunion de consensus organisée en 2001 s'était prononcée contre cette spécialisation des établissements dans la mesure où elle renforce la stigmatisation des personnes qui y sont placées.

Il semble néanmoins que cette spécialisation résulte moins d'un choix délibéré de l'AP que d'une pratique d'affectation qui s'est imposée tantôt en raison des caractéristiques particulières de ces centres (exploitations agricoles pour Casabianda et Mauzac), tantôt en raison des besoins propres de la population affectée (isolement par rapport aux autres détenus...). Casabianda et Mauzac ayant des régimes plus souples et plus ouverts, la tendance de départ a été d'y affecter des condamnés susceptibles de s'y adapter facilement, sans créer de problèmes de sécurité. Il s'est avéré que, de par leur profil général (notamment du fait de leur structure psychologique, leur milieu d'origine et leur relative insertion sociale), les AAS s'adaptent plus facilement à ces conditions de détention. Ce sont généralement, de l'avis de tous les professionnels rencontrés, des détenus modèles qui n'entrent pas en conflit avec l'institution.

Trois autres raisons expliquent le processus de spécialisation de ces centres.

Une première concerne la sécurité de ces détenus, stigmatisés dans les établissements traditionnels. De fait restent-ils souvent enfermés dans leurs cellules et sortent en promenade à des moments différents des autres. Toujours dans le souci de leur protection, des ailes ou des étages leurs sont réservés dans beaucoup d'établissements, comme nous l'expliquions plus haut. Nombre de ces détenus demandent donc à être affectés dans des centres « spécialisés » où ils pourront purger leur peine plus sereinement.

Une deuxième raison est celle de la rupture familiale souvent constatée chez ce type de détenus. Le fait que les liens soient rompus (tout au moins dans un premier temps) avec la famille, fait que l'éloignement géographique (Mauzac et Casabianda sont implantés dans des zones éloignées des grands centres urbains), ne représente pas ici le même inconvénient que pour d'autres détenus.

La troisième raison, est plus anecdotique et concerne surtout Casabianda qui reste l'établissement le plus marqué, symboliquement, par cette population. En effet, exploitation agricole de 1480 hectares, le CD de Casabianda a, tout au moins au départ, reçu une population majoritairement issue du milieu agricole plus apte à s'adapter aux travaux proposés. Mais il s'avère également que de nombreux AAS étaient, jusqu'aux années 70, également issus de ce milieu agricole ; ils étaient donc aussi potentiellement plus « adaptables » à ce types d'activité. Les travaux des champs, la vie au grand air..., autant de conditions qui étaient perçues, à l'époque, comme intrinsèquement thérapeutiques. Mauzac -comme Casabianda- est doté d'une ferme et d'un domaine agricole de 97 hectares. C'est la raison pour laquelle, bien qu'ils accueillent une population particulièrement lourde en terme psychopathologique, ces centres n'ont pas été pourvus de dispositifs de soins importants, contrairement à Caen qui dispose d'un SMPR. On mesure ici une limite importante de la politique d'affectation en question. Ainsi, pour une population de 280 détenus, l'UCSA de Casabianda compte une psychologue à temps plein et une psychiatre présente une demi-journée tous les 15 jours. Mieux lotie, l'UCSA de Mauzac compte, pour une population de 332 détenus, un psychiatre présent une demi-journée par semaine et depuis 2006 trois psychologues cliniciennes (deux équivalents temps plein), un psychomotricien et de deux infirmières-psychiatriques.

Le Bureau de Gestion de la Détention (EMS1) de la DAP est responsable du traitement de toutes les affectations dans les établissements pénitentiaires en ce qui concerne les condamnés à de longues peines (10 ans ou plus). Lorsque la condamnation est définitive, un dossier sur le détenu est constitué au niveau de l'établissement. Il comporte les différents avis (du chef d'établissement, du service socio-éducatif, du service médical, du personnel de surveillance...), en fonction desquels une réorientation est proposée. Selon le quantum de peine (en dessous ou au-dessus de 10 ans) ces dossiers sont respectivement orientées soit à la Direction régionale, soit à l'administration centrale dont l'avis confirmera ou non celui du chef d'établissement.

Le bureau de gestion, composé de magistrats en détachement, de directeurs pénitentiaires, d'attachés d'administration et d'autres personnels pénitentiaires, évalue le dossier et décide de l'affectation définitive du détenu. Deux critères s'appliquent ici prioritairement : le rapprochement familial ou le maintien des liens familiaux et la sécurité (des centres ou des détenus). Dans le cas où la demande de changement d'affectation

est formulée par le détenu²⁹, la décision peut être liée au travail pénitentiaire ou à une formation professionnelle proposée par un établissement en particulier.

Ces mêmes critères sont appliqués quand il s'agit de l'affectation d'un auteur d'infraction à caractère sexuel. La capacité d'un centre à offrir ou pas des soins psychologiques ne représente donc pas un critère de décision en matière d'affectation.

Concernant en revanche les cas plus difficiles des auteurs de crimes graves (affaires de viols, tortures avec barbarie, meurtres, assassinats), le Centre National d'Observation (CNO) de Fresnes est saisi. Le détenu est donc transféré au CNO où une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues, psychologues du travail, psychiatres, assistantes sociales et surveillants pénitentiaires évalue sa personnalité. Une synthèse est réalisée à l'occasion d'une réunion d'affectation à laquelle participent également le directeur du CNO (psychiatre) et une personne du bureau de gestion de la détention de la DAP. Une trentaine de dossiers sont évalués et affectés durant ces sessions.

C'est certainement plus confortable de prendre une décision après un examen CNO, c'est plus long mais c'est affiné ; le temps de lire les dossiers, le temps d'entendre les uns les autres, ça prend quand même beaucoup plus de temps que de lire simplement un dossier et dans quelques rares cas de demander des précisions à la Direction régionale. C'est pour ça que c'est limité aux cas les plus lourds. Mais quand c'est complexe, enfin nous c'étaient les directives qui nous ont été données et je pense qu'elles sont vraiment très bonnes, à savoir qu'il fallait passer par le CNO quand on avait un doute. (Un Magistrat du EMS1 de l'AP)

Il faut préciser qu'il n'y a pas de « grille » spécifique pour les affectations. Disons plutôt qu'il existe une tradition, « *une culture de service* » où les anciens du bureau transmettent aux nouveaux les quelques grands critères qui sont appliqués pour les affectations. Une actualisation permanente des diverses activités offertes par les établissements ou de leurs conditions de sécurité est aussi réalisée qui peut servir de base. Les membres du bureau se reposent également sur leur expérience ce qui n'est pas sans poser certaines limites vu le fait que, le plus souvent, les directeurs pénitentiaires et les attachés d'administration nommés au bureau sont détachés à la sortie de leur formation, et manquent d'expérience de terrain. Ce n'est pas le cas des magistrats, qui doivent passer 3 ans en fonction en juridiction avant de pouvoir rejoindre le EMS1.

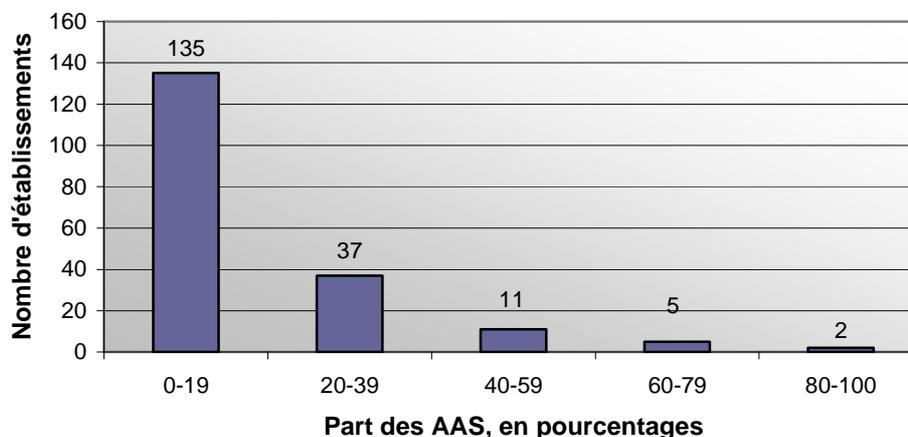
²⁹ Il y a deux types de demandes, la « MA 128 » qui correspond à la demande de transfert d'un détenu et à laquelle le Bureau peut répondre uniquement par oui ou non (« *vous voulez aller à Casabianda, oui vous allez à Casabianda, vous prenez rang sur le délai d'attente ; vous voulez aller à Casabianda, non parce que votre profil pénitentiaire ne correspond pas à cela, dans ce cas là vous restez là où vous êtes. On n'a pas le droit de dire : vous voulez aller à Casabianda, eh bien non mais vous allez aller à Muret* »). Et il y a la « MA 127 », qui est la demande de transfert formulée par le chef d'établissement. Le Bureau a, dans ce deuxième cas, une totale latitude et peut opter pour l'établissement qui correspondra le mieux au profil du détenu.

Donc en fait quand on choisit l'affectation, la sécurité passe en premier, et ensuite c'est le rapprochement familial, enfin moi je faisais comme ça puisqu'on n'avait pas de grandes directives, c'était, forcément on n'a pas à rajouter à la peine une sanction d'éloignement et s'il a des relations régulières avec une telle ou un tel, pourquoi pas essayer de lui accorder ça pour avoir la paix en détention. Et puis si ça lui permet et s'il le veut, il travaillera ou il suivra une formation professionnelle, et puis s'il le veut parce que l'affaire le nécessiterait, il suivra les soins, si l'établissement bien sûr le propose.

Vous savez en fait, très majoritairement, le détenu, avant d'être soigné, avant d'avoir une formation, le détenu ce qu'il veut c'est être le moins éloigné possible des gens avec lesquels il a un lien, donc je vais dire un pourcentage comme ça mais dans 70 % des cas le détenu c'est le rapprochement familial qui est le motif le plus fréquent dans les dossiers d'orientation et dans le M128, donc en fait ce qui était retenu le plus régulièrement, lorsque c'était compatible avec l'affaire, c'était de le rapprocher de sa famille. Vous savez un détenu qui dit, je demande à aller là parce qu'il y a un suivi psy et que je veux m'en sortir, je n'ai jamais vu ça. » (Un Magistrat du EMS1 de l'AP)

Malgré cette procédure, en apparence claire et objective, la perception des personnels depuis les centres eux-mêmes montre souvent un décalage de point de vue et une incompréhension vis-à-vis de certaines affectations. Ainsi, plusieurs personnels de Casabianda ont manifesté leur difficulté à comprendre l'affectation d'auteurs d'agressions sexuelles en l'absence d'un dispositif de santé mentale conséquent permettant une véritable prise en charge de cette population. Ils expriment aussi certaines inquiétudes concernant le transfert fréquent, dans ce type d'établissement centré sur le travail agricole, de détenus âgés, voire très âgés, qui ne sont pas en condition de travailler. L'éloignement du centre des infrastructures hospitalières oblige de surcroît à des extractions de plus en plus fréquentes, coûteuses en logistique et en personnel. Certains membres du personnel craignent enfin que le centre ne devienne une sorte de maison de retraite « dorée » (à l'image touristique de la Corse et de celle hélas dominante du CD de Casabianda : le soleil, la proximité des plages) à destination de certains détenus en fin de vie.

Graphique 6 : Répartition des condamnés pour viol (sur mineurs et sur adultes) par établissement – 1^{er} janvier 2006



Bilan et préconisation

En fonction des aspects soulevés plus haut concernant la politique d'affectation de la DAP et la nécessaire synergie qui doit exister entre les intérêts de l'institution, ceux de l'individu et l'obligation de l'institution d'offrir des conditions qui facilitent la réinsertion de la personne condamnée et la prévention de la récidive, il paraît nécessaire - indépendamment des circonstances qui expliquent cette situation- que les centres qui ont été spécialisés pour recevoir les AAS soient dotés des moyens nécessaires à la prise en charge psychologique et psychiatrique de ces personnes. Et ceci en application des articles 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.

Cela permettrait de commencer à harmoniser, par exemple, la pratique des établissements pénitentiaires avec le cadre juridique créé par la loi de 1998 sur le suivi socio-judiciaire qui impose l'incitation aux soins psychiatriques de la part du JAP pendant l'incarcération. Il faudrait néanmoins rappeler que, depuis la loi du 18 janvier 1994, les soins dépendent de l'autorité sanitaire et qu'il faudrait donc une concertation urgente entre autorités sanitaires et judiciaires concernant la dotation de centres qui présentent la majeure concentration d' AAS. Pour cela, il conviendrait que l'AP définisse une politique ainsi que des priorités de prise en charge de cette population afin de guider l'autorité sanitaire dans ses propres choix budgétaires.

Comme nous pouvons le constater dans le graphique précédent, plusieurs établissements présentent une concentration marquée de cette population. Ainsi, si 37 établissements accueillent entre 20% et 39% -sur leurs populations totales- d'auteurs d'infractions sexuelles, 13 établissements en accueillent plus de 40%. Parmi ceux-ci, 5 en accueillent

entre 60% et 79%³⁰ et 2 (Casabianda et Mauzac) entre 80% et 100%. Hormis le CP de Caen, tous ces établissements sont des CD non dotés donc de SMPR, ceux-ci (pour les 26 existants) se trouvant placés dans des Maisons d'Arrêt ou des CP au taux d'occupation plus élevé. Pour autant nombre de détenus en MA sont en détention provisoire ce qui rend difficile (par manque de visée à moyen ou long terme mais aussi pour des raisons déontologiques – voir chapitre suivant) une véritable prise en charge.

Préconisation 1 : Définir, au niveau de la DAP, une politique plus lisible concernant les affectations et la prise en charge des condamnés pour infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires. Cette politique devrait tenir compte, pour l'affectation des AAS, outre des critères de sécurité et de rapprochement familial, de l'offre de soins psychiatriques et/ou psychologiques existante dans les établissements. 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, la DAP 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. Tous les personnels des ces centres doivent être sensibilisés -sinon formés- aux spécificités de la prise en charge de la population en question.

³⁰ Il faut rappeler que les données présentées se limitent aux condamnés pour viol sur mineur, sur adulte et exhibition sexuelle. Ces chiffres n'incluent donc pas ni les prévenus ni les AAS condamnés pour des délits.

PREMIERE PARTIE

LA PRISE EN CHARGE

EN MILIEU FERME

A - LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE

Compte tenu de l'histoire relativement récente de l'implantation des services médicaux en milieu pénitentiaire et de la place qui est la leur aujourd'hui, la prise en charge médicale des AAS nécessite d'être abordée du point de vue de ce contexte particulier. D'autres éléments en découlent qui prennent, dans ce cadre, une importance toute spécifique comme les règles de confidentialité particulièrement cruciales ici, ou encore la reconnaissance préalable des faits comme condition préalable au traitement. Un des principaux soucis des soignants étant de marquer la distinction entre le soin et le processus judiciaire engagé. C'est aussi à ce titre que l'on parle ici « d'auteur d'agressions sexuelles », expression plus neutre que celle de « délinquants sexuels » parfois utilisée dans le milieu pénitentiaire. Pour autant, derrière certains pré-requis qui semblent faire l'unanimité, la prise en charge médicale des AAS ne se présente pas de manière complètement homogène. Des différences de point de vue et de pratiques existent, que nous allons analyser, qui en fondent d'ailleurs tout l'intérêt et la richesse. La complexité des problématiques abordées rend nécessaire cette diversité d'approches que nous allons passer en revue ; comme elle rend nécessaire les moyens de supervisions ou de soutien des équipes et de formation également abordés dans cette partie. Nous terminerons par un exemple étranger en matière de prise en charge : le cas de la Belgique dont la France s'est parfois inspirée.

I - Données contextuelles

1 - La prison : un contexte particulier de prise en charge thérapeutique

Le milieu pénitentiaire n'est jamais perçu comme un milieu neutre ou anodin par les équipes psychiatriques. Longtemps d'ailleurs, par sa nature même, il a été appréhendé comme un obstacle à la prise en charge thérapeutique. De fait, peu de psychiatres sont attirés par ce milieu réputé hostile ou difficile. Les psychiatres de prison occupent également souvent une position ambiguë, parfois difficile à tenir.

« Les psychiatres de prison exercent quand même dans un milieu difficile où quand ils exercent en prison leurs collègues se demandent si ce sont encore des psychiatres parce que ce ne sont pas vraiment des vrais psychiatres qui vont travailler en prison et au quotidien ils sont face à l'AP, des gens qu'ils côtoient avec lesquels en général ils s'entendent assez bien, qui leur disent « mais c'est pas assez ce que vous faites », personne n'est content de leur travail. Moi au bout d'un moment je trouve que c'est une place un peu intenable et que ces gens là on devrait déjà les remercier et les protéger pour ce qu'ils font et ne leur demander que ce qu'ils peuvent faire et arrêter de leur tenir ce discours là ; je trouve ça mais insupportable, je l'entends dans les groupes de travail, dans toutes les commissions et je voudrais dire mais arrêtez c'est scandaleux, c'est scandaleux ! » (Un psychiatre, médecin-chef d'un SMPR)

Si la contrainte posée par l'enfermement est au cœur de ce débat, elle ne renvoie pas pour autant – bien au contraire depuis le développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire - à une impossibilité de soin. Le rapport Balier faisait déjà état, en 1996, de certains effets positifs de l'incarcération en la matière. Les auteurs d'agressions sexuelles percevant mal ou pas les conséquences de leurs actes pour eux-mêmes et pour la victime, ils n'en connaissent pas non plus les dimensions judiciaires et pénales. Le temps du jugement et le temps d'incarcération ont pour effet de favoriser cette prise de conscience et de faire apparaître une volonté de changement. « L'incarcération de tels sujets, même si elle les place dans un univers réellement inquiétant, leur permet de trouver une ébauche d'organisation psychique les rendant à minima accessibles à une procédure de soin ». D'où la recommandation envers l'initiation d'un processus de soins dès le début du temps carcéral, poursuivi à la sortie par le suivi post-pénal censé prolonger « hors les murs », par son caractère contraignant (rendez-vous réguliers etc.) cet aspect « contenant ».

Pour autant, plusieurs éléments propres à la vie en milieu carcéral sont susceptibles de peser sur l'organisation et le déroulement des prises en charge thérapeutiques.

La critique la plus récurrente vis-à-vis des contraintes afférentes au système pénitentiaire concerne la question de la demande au cœur du processus de soin. Les

remises de peines en raison de l'acceptation d'un suivi thérapeutique sont majoritairement dénoncées par les équipes soignantes comme venant fausser la démarche qui n'est plus de ce fait qualifiée de volontaire. Ici, la plupart des professionnels avouent refuser de « jouer le jeu » de l'institution judiciaire.

Parce qu'elles engagent un rapport particulier au soin et à la thérapie dans le sens où il n'y a pas -ou dans une période lointaine- de confrontation possible avec la réalité, les très longues peines sont par ailleurs évoquées comme posant problème. Il en est de même des transferts de détenus qui, de par leur imprévisibilité viennent compromettre l'engagement dans le soin.

« Ca c'est un problème les longues peines. Quand il ne se passe plus rien. Et là il n'y a pas de confrontation à la réalité parce que les personnes sont détenues pendant très longtemps, la sortie est très loin, il n'y a pas d'aménagement de peine, pas de permissions, pas de sorties, là il y a des choses qui effectivement sont peut être difficiles à remotiver. On peut faire un soutien pendant longtemps, dire qu'on fait un travail en profondeur, pas forcément parce qu'on est limité aussi par le cadre et parce que les personnes peuvent être transférées du jour au lendemain, et on ne le sait pas forcément longtemps à l'avance voire pas du tout, donc c'est difficile d'engager un travail en profondeur. » (Une psychologue d'UCSA)

Dans le même temps, les professionnels avouent ne pas engager le même travail selon qu'ils sont en centre de détention ou en maison d'arrêt. Si les longues peines représentent pour certains un frein à l'entrée et au bon déroulement de la thérapie (par manque de cadrage temporel en quelque sorte), le travail en maison d'arrêt est par ailleurs pointé comme mettant en difficulté le soin en raison d'un manque de prévision à moyen voire long terme.

La question de la non prise en compte des suivis antérieurs en cas de changement d'établissement est également évoqué comme posant problème, par certains membres d'équipes. Le fait que l'on ne tienne pas toujours compte des suivis antérieurs pour envisager la nécessité ou non (et sous quelle forme ?) d'un nouveau suivi, laisse supposer une systématité des soins, préjudiciable à l'individualisation du suivi et à l'idée d'évolution psychologique ou psychiatrique de ces détenus.

« On a du mal à individualiser le suivi (...). Par exemple il y a des gens qui arrivent ici avec un grand nombre d'années de détention et qui ont fait un suivi psychologique manifestement bien investi, et qui arrivent ici avec l'idée d'arrêter la psychothérapie parce qu'ils en ont fait assez, et ça ça va leur être reproché, on va pas prendre en compte le suivi psychologique qui a été fait avant en maison d'arrêt par exemple et donc on va leur renvoyer de nouveau un discours systématique, on arrive mal à individualiser, malgré les expertises judiciaires, comme si rien n'avait été fait. D'ailleurs déjà la possibilité que quelqu'un puisse évoluer, c'est pas possible quoi, surtout un criminel sexuel ! » (Un psychologue PEP)

Les spécificités du milieu carcéral impliquent bien sûr de composer avec l'institution pénitentiaire et ses exigences, notamment celles concernant l'emploi du temps des détenus :

« Ca aussi c'est une difficulté par rapport au travail qu'on peut faire et aussi au fait que le suivi psychologique, quand les personnes détenues viennent rencontrer un psychiatre ou un psychologue, ils sont pas payés au niveau de leur journée de travail. C'est dire ce que ça implique pour des personnes déjà qui ont du mal à pouvoir dire qu'ils y sont pour quelque chose. Perdre une journée de travail en plus... Et ça aussi c'est pas facile. Par contre dans le côté facilitant c'est que les personnes peuvent se déplacer elles-mêmes, elles téléphonent, elles viennent, elles peuvent repartir ; alors soit elles demandent par écrit, soit elles demandent aux infirmières, soit si elles me voient, elles me demandent ; j'essaye d'être assez souple au niveau de la demande. » (Une psychologue d'un centre de détention)

La prise en charge en prison des auteurs d'agressions sexuelles nécessite également un surcroît de précautions et de négociations pour que soient assurés au quotidien les principes de confidentialité. Cela concerne particulièrement les modalités de réunion des détenus au moment des thérapies de groupes. La connaissance par tel autre, de la participation d'un détenu à ce type de groupe est en effet susceptible de le désigner publiquement en tant qu'« agresseur sexuel », ce qui, dans ce contexte, peut s'avérer extrêmement préjudiciable à la vie carcérale du détenu en question. Concernant toujours les groupes de parole, le fait qu'ici (contrairement aux groupes de parole à l'extérieur) les participants se côtoient perpétuellement, au quotidien, dans le cadre d'autres activités liées à la vie carcérale, engage un autre rapport à la thérapie de groupe. La difficile mise en concordance des horaires de travail ou de toute autre activité avec les plannings soignants pèse également fortement sur la prise en charge, au prix parfois du non renouvellement de certaines expériences thérapeutiques.

« On a pas renouvelé ces groupes parce que déjà c'était extrêmement compliqué d'avoir tout le monde au même moment. C'était vraiment une énergie phénoménale par rapport notamment au travail pénitentiaire. Mais on a pas eu aussi depuis des personnes pour lesquelles on pensait que c'était une bonne indication. » (Un psychologue de SMPR)

« Les agresseurs sexuels sont extrêmement stigmatisés en milieu carcéral, donc pour la mise en place de ce groupe par exemple nous avons fait un travail avec la pénitentiaire en leur expliquant pourquoi c'était important que tout ce travail là se fasse dans la discrétion, en quoi c'est important qu'on puisse leur transmettre certaines informations et pas d'autres. Nous avons eu un rendez-vous avec le directeur, ça s'est extrêmement bien passé, on était vraiment dans la communication. » (Une psychologue de SMPR)

Pour autant, dans la mesure où l'institution pénitentiaire se fait aussi en quelque sorte partenaire du soin (ce qui semble être la majorité des cas), et que celui-ci s'effectue dans le respect de certaines règles (confidentialité, anonymat, démarche volontaire) la prison représente pour tous les soignants un point d'accroche pour une thérapie future.

2 - Le sens de la peine ou les débats sur les pré-requis à la prise en charge médicale

La nécessité ou non, pour entamer une thérapie, de la reconnaissance par la personne détenue des faits qui lui sont reprochés est une question qui fait débat chez les thérapeutes travaillant auprès des personnes incarcérées, aussi bien en France qu'à l'étranger.

« Bien souvent la personne nie devant le thérapeute mais a reconnu devant le juge. Alors le déni c'est une façon de parler parce que la personne qui reconnaît complètement son délit dans tous les détails, c'est moins de 5 %. La personne qui nie complètement son délit, complètement, c'est moins de 5 %. Donc en réalité, dans leur grosse majorité, les délinquants sexuels reconnaissent une partie de leur délit et nient une autre partie du délit. Mais les Canadiens ont dit : il ne faut pas travailler avec les négateurs, les Canadiens ont dit ça pendant des années, mais la littérature américaine dit le contraire. » (Un psychologue – Belgique)

Pour une majorité de thérapeutes, y compris en France « la reconnaissance par le sujet des faits qui lui sont reprochés, même si elle n'est que partielle ou implicite, est une condition préalable au traitement »³¹. Ce pré-requis à la prise en charge s'impose dans un souci de déontologie médicale et, par là même, de séparation nécessaire et stricte entre les champs sanitaire et judiciaires.

³¹ Cordier B., *op cit.*

« Quand quelqu'un vous dit : c'est ma femme qui invente cette histoire, par exemple pour reprendre l'argument de tout à l'heure : « j'ai jamais touché au sexe de ma fille et je ne l'ai jamais invitée à toucher le mien », je ne veux pas que quelqu'un de mon équipe lui dise : « d'accord, mais venez quand même au groupe des auteurs d'agressions sexuelles », avec l'idée qu'on va faire un travail avec lui pour qu'il reconnaisse les faits. Je trouve ça grave, sur le plan éthique. Je trouve que la présomption d'innocence a le droit de jouer, d'autant plus que la pénitentiaire sait très bien qui vient au groupe et pour quelle raison. Et ça peut très bien, on a déjà entendu dans des procès d'assises, des parties civiles ou le parquet dire « vous niez les faits mais on sait très bien que pendant un an vous avez assisté aux groupes de traitement des auteurs d'agressions sexuelles ». Donc vous imaginez bien que moi je ne veux absolument pas qu'on travaille comme ça ; ça part d'une erreur psychopathologique, alors il y en a qui le font mais ils confondent les mécanismes de défense du moi et les stratégies de défense judiciaire, ce n'est pas pareil évidemment. Les mécanismes de défense du moi on travaille dessus bien sûr, on tend à conduire la personne vers d'autres types de mécanisme de défense que le déni, le clivage etc. mais ça n'a rien à voir avec le démontage des mécanismes de défense judiciaire. Nous ne travaillons pas pour conduire la personne à la reconnaissance des faits sur le plan judiciaire, donc c'est extrêmement important. » (Un psychiatre – Médecin chef de SMPR)

La reconnaissance des faits (le plus souvent partielle chez ces détenus) est perçue comme un point de départ au bon déroulement de la thérapie, à son efficacité ; elle participe par là-même à la prévention de la récidive. Le travail thérapeutique implique parfois, dans ce cadre, et particulièrement dans les cas d'incestes, une rencontre avec les proches du détenu afin de les inclure dans ce processus de reconnaissance.

« Mais on voit quelle est la fonction du déni dans la famille pour l'individu et comment dans certains cas au moins rencontrer une fois la famille permet aussi d'avoir cette évaluation là et donc ça fait partie des orientations thérapeutiques, sans parler de thérapie. Mais quand même dans les histoires d'agression sexuelle et d'inceste ça paraît fondamental. Qu'est-ce qui peut prévenir la récurrence de l'inceste si on ne rencontre pas la famille et si c'est pas nous qui la rencontrons, c'est peut-être par forcément nous, ou d'autres et qui les rencontre. La famille était soulagée qu'on s'intéresse à eux, c'est des gens qui viennent en catimini au parloir, qui ont honte à la place de celui qui est en prison, enfin on voit toutes situations, mais la plupart des gens étaient très soulagés de nous rencontrer, d'autres au contraire qui ne voulaient pas en parler, mais pour la plupart c'était un des rares endroits où ils parlaient de ça ; il y a des gens qui allaient poster le courrier très loin pour pas que ça se sache, qui avaient honte et on avait face à nous un détenu qui plus souvent faisait comme si, dans un déni de réalité, et finalement d'en discuter avec la famille ça remplaçait les choses. Et c'était quelque chose qui nous permettait de mieux travailler avec la personne. Comment travailler avec un détenu la reconnaissance des faits si à chaque parloir, parfois par semaine, les gens de sa famille qui s'occupe de son linge, qui lui donne de l'argent pour la cantine, lui disent : on sait que c'est elle qui t'a provoqué, tu n'y es pour rien. C'est difficile. » (Un médecin psychiatre - médecin chef d'un SMPR)

Les opposants à cette reconnaissance préalable des faits estiment qu'elle peut être aussi socialement conditionnée, et n'être qu'un discours de façade de la part du détenu qui adopte à son propos, sans trop y adhérer, le discours dominant sur sa « maladie » à l'origine d'un passage à l'acte pour lequel il a été incarcéré. Pour ces médecins, une thérapie n'a pas à être fondée sur une superposition, y compris partielle, entre l'acte pour lequel un détenu a été incarcéré et sa reconnaissance par la personne elle-même.

« J'ai quelques patients qui sont venus ici, qui sont des bons malades, des bons patients : aidez-moi, protégez-moi, faites-moi comprendre, j'ai envie de comprendre ce qui se joue ; parfois c'est vrai et puis parfois il n'y a rien d'autre que le discours social tenu de façon générale et ça c'est terrible (...) Ce sont des gens qui sont perdus dans le discours social. » (Un psychiatre - médecin-chef d'un SMPR)

Une autre divergence forte entre les professionnels du soin concerne la nécessité ou non d'une condamnation pour entamer la thérapie. Par souci d'éthique et volonté de ne pas interférer dans le processus judiciaire, une majorité de psychiatres indique ne pas travailler qu'en centre de détention auprès de personnes condamnées. Pour une minorité, seule compte la demande du détenu, qu'il soit prévenu ou condamné.

3 - Des variations de pratiques sous un socle théorique général

Le socle analytique s'avère largement dominant dans la prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. De fait, un certain nombre de techniques telles que la pléthysmographie³² pénienne ou les techniques comportementales (nous y reviendrons), largement utilisées dans d'autres pays (Belgique et surtout Canada,) en complément d'autres approches, sont-elles très peu développées en France. Pour autant, nous l'avons déjà évoqué, des différences ou plutôt des variations de pratiques existent, notamment en ce qui concerne la demande ou celle de la reconnaissance ou non des faits. L'influence psychanalytique et quelques-uns de ses pré-requis comme la nécessité d'une « véritable » demande de la part du patient, la position de retrait du thérapeute ou, ailleurs, la nécessité de confronter la personne à son passage à l'acte, ne font pas forcément, ici, l'unanimité. En raison du contexte carcéral, de la particularité de ces sujets qui ne sont « pas toujours à même de formuler clairement une demande »³³ la psychothérapie, au sens classique du terme, se doit, pour la plupart, d'être aménagée. Dans une optique d'efficacité, indiquait en 2003 le Dr P. Lamothe, il faut parfois accepter de s'éloigner du champ strict de la psychanalyse dominante en France, pour faire preuve de pragmatisme. La prévention de la récidive et/ou de la dangerosité apparaît, non sans débats, au cœur de ce raisonnement. La question est délicate compte tenu du positionnement qu'elle implique de la part du soignant.

« Le problème c'est que l'objectif double est à la fois de soigner quelqu'un et de l'empêcher de nuire. Et il faut savoir se situer par rapport à ça, si je prends en charge quelqu'un avec pour seul objectif de l'empêcher de nuire, c'est l'échec, parce qu'il ne se sentira pas exister dans cette relation : je le soigne pour qu'il ne viole plus les enfants, donc je m'occupe des enfants et pas de lui. Donc il faut trouver ce juste milieu entre je vais essayer avec vous de faire alliance contre votre pédophilie et en plus ça va protéger les enfants. Donc c'est ça qui est important, C'est ça qu'on retrouve pas ailleurs, sauf peut-être dans l'alcoolologie ; les alcooliques peuvent être dangereux : dangereux chez eux, dangereux au volant, (...), mais c'est plus clair. Là avec les auteurs d'agressions sexuelles on est devant une dangerosité beaucoup moins prévisible. » (Un médecin psychiatre des Hôpitaux)

Si la plupart des médecins s'avèrent fort soucieux, individuellement, d'une potentielle récidive de leur patient, ils sont très peu nombreux à afficher une volonté de concevoir le soin dans cette optique de résultats et d'efficacité.

³² « La pléthysmographie pénienne est une technique qui consiste à enregistrer les réponses péniennes du patient lors de la présentation de stimuli sexuels déviants et non déviants. Les données obtenues permettent de quantifier les préférences sexuelles selon trois dimensions : le sexe, l'âge et le comportement ». Cf PROULX J., L'évaluation des préférences sexuelles, In AUBUT J., op cit, p. 98

³³ Bornstein S., Coutanceau R., Martorel A., Cordier B., La situation en France., In Aubut J., op. cit, p. 296.

« Le problème là aussi par rapport aux deux discours, psychiatrique et criminologique, sur le problème de la récidive c'est que classiquement vous l'avez peut-être rencontré, dans le discours classique psy le problème de la récidive, d'ailleurs qui n'est pas bien théorisé, est un peu cautérisé, c'est-à-dire qu'on dit que ce n'est pas notre obsession, mais moi ce que j'ai dit c'est qu'intellectuellement c'est assez malhonnête. Quand je vois un peu à la longueur de l'expérience ici, de fait les collègues même s'ils sont très psy au départ, ils s'intéressent quand même de savoir si quelqu'un va récidiver ou pas. » (Un psychiatre d'un CMP)

Si le socle psychanalytique a à voir avec cette volonté de détachement et de distance par rapport à toute évaluation objective, d'autres éléments interviennent comme la crainte de leur instrumentalisation politique dans le cadre d'un discours sécuritaire, dans celle d'une forte pression médiatique concernant la prise en charge des « délinquants sexuels », et, par conséquent le souci de ne pas être tenu pour responsables de récidives qu'ils estiment extrêmement difficiles si ce n'est impossible à prévoir.

« Je pense à quelqu'un que j'ai eu en suivi, un homme qui est récidiviste, un pédophile, je crois qu'il en était à sa 5^{ème} condamnation, l'avant-dernière condamnation il est sorti et deux jours après il a été à nouveau arrêté. Donc 5^{ème} condamnation, il arrive ici, on lui demande un suivi, il en a profité pour apprendre à écrire et à lire, un beau travail effectivement. Il y a un réel travail qui a été fait, pas seulement par rapport au suivi mais aussi dans ce qu'il a pu mettre en place pour la première fois par rapport à tout ce qu'il y avait eu précédemment. Et puis j'ai appris 3 mois après sa libération qu'il avait récidivé à nouveau. Alors que je pensais que ce monsieur avait quand même fait un sacré travail. » (Une psychologue dans un Centre de détention)

La question des moyens alloués à la psychiatrie en milieu pénitentiaire (en nombre de postes essentiellement) celle, forcément liée, du manque de formation des psychiatres³⁴ vis-à-vis de cette population toute spécifique, sont largement incriminées dans cette évocation des limites des prises en charge thérapeutiques même diversifiées et plus ouvertes qu'il y a quelques années à d'autres techniques comme les thérapies de groupes ou les traitements médicamenteux. Mais ce sont surtout, et d'ailleurs pour les mêmes raisons, les lacunes persistantes du suivi post-pénal qui sont dénoncées ici. Salué par une très grande majorité de psychiatres au moment de son instauration, le Suivi Socio Judiciaire s'avère en effet inégalement appliqué du fait, toujours, de la pénurie de psychiatres et également de médecins coordonnateurs, inexistantes dans certains départements (nous y reviendrons).

L'ensemble des soignants s'accorde à dire que de telles conditions de suivi à l'extérieur rendent l'efficacité de la prise en charge en milieu pénitentiaire extrêmement difficile à évaluer. Une continuité des soins apparaît indispensable pour que le travail réalisé à

³⁴ Bien que des évolutions soient à l'œuvre en ce domaine depuis quelques années. Voir plus loin.

l'intérieur de la prison trouve « hors les murs » mais dans le maintien d'un cadre, les moyens de sa mise en application.

« On trouve des personnes ici qui parlent alors qu'elles ne sont pas confrontées directement à des pulsions et qu'une fois dehors de nouveau ils sont répétés, c'est que le travail aussi, je crois que toute l'importance est vraiment de pouvoir continuer le travail à l'extérieur. Ce monsieur dont je vous ai parlé qui a récidivé, comme il avait plus du tout de lien social, il était dans un foyer qui je crois n'était pas suffisamment encadrant parce que je crois que pour ce genre de personnalités il faut un cadre contenant, mais avec les structures classiques ce monsieur n'a pas pu enfin se débrouiller autrement que comme ça. » (Une psychologue dans un centre de détention)

A ce titre, pour la plupart des professionnels rencontrés, les échanges, partenariats et autres formes de coopération avec les autres professionnels : magistrats, personnels pénitentiaires (Direction, CIP) ; médecins coordonnateurs, etc., particulièrement cruciaux pour ces individus restent, malgré certaines initiatives, encore difficiles à organiser.

« Ce que j'espérais en tant que médecin coordonnateur c'est que je garantisse un cadre thérapeutique à mes collègues, ça c'est important, et ce qu'il fallait apprendre pour un médecin coordonnateur, c'est qu'on est censé, dans la loi, donner les éléments pour le suivi aux travailleurs sociaux. Et ça c'est une vraie question, qu'est-ce que le médecin coordonnateur peut traduire comme élément ? Je sais pas moi, finalement leur probation n'est pas la mienne, ils ont une expérience que je respecte, alors je peux discuter avec eux, on a souvent beaucoup discuté avec eux. Comment est-ce que je peux traduire les éléments en terme non psychologiques, comment ils peuvent se les approprier, ça s'est souvent bien passé, mais je trouve que c'est quelque chose sur quoi on a beaucoup à réfléchir. (Un psychiatre - chef de service hospitalier)

« On en parle et on essaye d'organiser des soins après. Alors c'est en balbutiement mais on va essayer de le remettre en marche. Et donc on se rencontre régulièrement avec la direction du CD ici et théoriquement doit nous être transmis tous les sortants 6 mois avant, la liste des sortants, pour qu'on essaye de travailler la sortie, alors ça se serait peut-être un travail à formaliser encore plus et je trouve intéressant d'essayer de réfléchir en fin de peine à tout ce qui s'est passé, tout ce qui a été proposé par le SMPR pendant toute la durée de la peine ici au CD et de voir ensuite ce qu'on propose, comme une sorte de traçabilité et je crois que ce serait riche d'enseignements. » (Un psychiatre - médecin chef d'un SMPR)

II - Différentes étapes, différentes pratiques

1 - Les modalités d'accès aux soins : des détenus repérés

Si la prise en charge en milieu pénitentiaire et le suivi ultérieur des auteurs d'agressions sexuelles dépendent, pour une majorité des équipes, de leur volonté d'entrer ou non dans une démarche de soins au même titre que les autres détenus, tous les soignants s'accordent sur la nécessité de leur repérage dès leur incarcération. Les auteurs d'agressions sexuelles demeurent ainsi, y compris pour les thérapeutes les plus attachés à une prise en charge non spécifique de ces individus, des détenus particulièrement suivis.

« Il y a des choses qu'on fait quand même, c'est-à-dire comme on voit toutes les personnes qui sont incarcérées, c'est des gens quand même qui sont repérés, on a une fiche sur les gens et quelqu'un qui est agresseur sexuel, il est repéré par nous. (...) donc ils ne sont pas tout à fait pareil que tout le monde, c'est pas comme un voleur de cartes bleues. Il y a quand même quelque chose qu'on essaye de faire, il y a quelques personnes avec lesquelles il y a quelque chose qui paraît travaillable. (Un psychiatre - médecin chef d'un SMPR)

Ce premier repérage peut prendre différentes formes. Si certaines équipes reçoivent au moins une fois systématiquement les auteurs d'agressions sexuelles au même titre que tous les autres dans le cadre d'une « consultation arrivants » (une des missions première des SMPR) pour leur présenter le service et les possibilités de suivi psychologique et psychiatriques, d'autres (comme l'équipe du SMPR de Caen ou celle de Montpellier – voir annexes) ont mis en place une procédure plus spécifique pour cette catégorie de détenus. Les auteurs d'agressions sexuelles sont alors tout particulièrement repérés, dès leur entrée en prison et font l'objet d'un entretien adapté.

« On a organisé ça avec le circuit des arrivants pour que nous soit adressé une fois par semaine la liste des personnes qui ont été incarcérées qu'elles soient arrivants de liberté ou de transfert d'ailleurs et qui sont incarcérées pour un motif à caractère sexuel. A partir de cette liste, un certain nombre d'intervenants dans le service (en l'occurrence la quasi totalité des psychiatres et les psychologues) sont engagés dans le travail d'accueil spécifique, c'est-à-dire qu'ils dispatchent les patients entre les psychiatres et les psychologues pour que dans un délai raisonnable soit sous quinzaine, ils soient convoqués pour un entretien d'accueil. Alors cet entretien-là il est ciblé infraction sexuelle, c'est-à-dire faire le point sur les raisons pour lesquelles les gens sont en prison, ce qui s'est passé, quel est leur point de vue, quelle est leur démarche, est-ce que c'est quelque chose qui les fait souffrir, est-ce que c'est quelque chose à quoi ils ont réfléchi, si condamnation il y a eu qu'est-ce qu'ils envisagent. » (Une psychiatre - médecin-chef d'un SMPR)

La principale raison de ce signalement particulier est précisément de porter une attention accrue à ces détenus réputés tranquilles, peu demandeurs de soins (et pourtant souvent en grande souffrance psychologique), susceptibles par leur attitude de passer, plus que les autres, entre les mailles du système de prise en charge.

Certaines équipes (comme celle de Caen) donnent suite à ces premières consultations par une évaluation pluridisciplinaire. Chaque cas est ensuite discuté en réunion et une indication de thérapie (individuelle ou groupale) est donnée.

« lors des réunions du mercredi matin sont décidés soit des suivis individuels, soit du travail en groupe, et il y a des groupes ici qui fonctionnent ou bien il y a aussi des ateliers thérapeutiques pour permettre à certains détenus qui ont des difficultés à élaborer, des difficultés d'expression et il y a des ateliers type revue de presse etc., pour petit à petit avoir plus de facilité à exprimer leurs difficultés. » (Une psychiatre - médecin chef d'un SMPR)

Pour autant, le détenu reste seul décideur de son entrée dans le soin. Dans le cas d'un refus de sa part, les thérapeutes optent pour un rappel régulier de cette possibilité.

Si le SMPR y joue un rôle crucial, c'est bien l'ensemble des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire qui, de l'avis des thérapeutes, doit participer à cette « accroche ». Des surveillants aux médecins des UCSA en passant par les SPIP, les enseignants, les techniciens des services « régie » de certains établissements. Toute une chaîne est, dans l'idéal, convoquée pour qu'aucune situation à risque (à risque de souffrance et, par extension, de récurrence) ne passe inaperçue.

« Vous savez les délinquants sexuels ils sont particuliers même au niveau de la consultation en médecine somatique. Alors moi quand je les vois venir de façon récurrente si vous voulez, je me dis il y a quelque chose qui se passe, alors je les interroge et je les renvoie à la psychologue parce qu'il s'est passé quelque chose. Parce que quand il vient me voir toutes les semaines et qu'il est demandeur, je me dis il s'est passé quelque chose. » (Un médecin d'UCSA)

2 - Les psychothérapies individuelles : une pratique générale adaptée au cas par cas

Les psychothérapies individuelles d'inspiration analytiques sont utilisées par l'ensemble des thérapeutes. Il ne s'agit pas ici de psychanalyse proprement dite. Comme l'indique C. Balier : « il est pratiquement impossible d'effectuer une psychanalyse répondant aux critères habituels – usage du divan, nombre et régularité des séances, durée de la cure – en milieu carcéral, pour des raisons pratiques. De plus, la nature de la pathologie ne s'y prête pas. La demande spontanée est rare ; l'influence intéressée d'un désir de sortir d'un cadre judiciaire toujours contraignant doit être décodé ; le fonctionnement psychique, souvent proche de l'état limite, handicapé par des systèmes de défense stérilisants et rigides ne permet pas de satisfaire à la règle de l'association libre. (...) Une analyse sans aménagement risque, en réactivant l'angoisse, de précipiter le passage ou le recours à l'acte »³⁵. Il s'agit donc généralement de thérapie de face à face qui vise à amener la personne à opérer un retour sur elle-même, notamment dans le cadre de son interprétation des raisons de son incarcération et à porter ce travail de mentalisation vers un réaménagement de l'univers interne de ces individus.

L'apport psychanalytique permet notamment de comprendre ce qui motive l'acte sexuel. Comme le montre le psychiatre canadien J. Aubut : « Un même acte pédophile peut renvoyer à des motivations bien différentes. La psychanalyse fait bien comprendre que l'adhésion au symptôme n'est pas uniquement liée à la satisfaction sexuelle, mais aussi à l'exercice du triomphe sur l'autre et à la crainte fondamentale d'établir une relation. Dans ce sens, la pédophilie n'est pas uniquement l'attirance envers les enfants, c'est aussi et surtout une crainte fondamentale de la femme et des adultes en général »³⁶. Par cet éclairage, l'outil psychanalytique fournit des pistes et un certain nombre de repères pour le travail thérapeutique.

Les indications généralement posées sont : une demande volontaire, une reconnaissance minimale des faits ainsi que la capacité d'identification de certaines zones de souffrance. Pour autant comme nous l'avons déjà signalé, la question de la motivation comme celle

³⁵ Balier C., Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agression sexuelle, In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, Paris : Ed John Libbey, 2001, p. 237.

³⁶ Aubut J., Les théories psychanalytiques, In Aubut J [Dir.], Les agresseurs sexuels, Théorie, évaluation et traitement, Montreal : Les Ed de la Chenelière, 1993. p. 33.

de la reconnaissance des faits reste difficile à évaluer pour le cas de ces individus sur lesquels pèse à la fois un discours social qui promeut une nécessaire prise en charge médicale de leur problème et un cadre judiciaire réaménageable en fonction de leur motivation affichée à se prendre en charge. De surcroît, une prise de conscience minimale des faits nécessite dans certains cas d'entamer une thérapie individuelle. On mesure ici que, bien loin de ne pouvoir être généralisée, l'approche psychothérapeutique auprès de ces individus nécessite une analyse fine, au cas par cas.

« La plupart du temps on a des gens qui ne savent pas pourquoi ils sont là, c'est une véritable énigme pour eux-mêmes. Et cette énigme c'est quand même le mécanisme du clivage qui le permet, c'est moi et c'est pas moi, mais d'où ça vient ? Pourquoi j'ai fait ça ? C'est pour ça que c'est beaucoup plus difficile que par exemple une affaire de crime passionnel où les choses sont quand même beaucoup plus conscientes et la personne déjà se comprend mieux, est plus en accord avec elle-même, avec ses sentiments, avec ses actes même si elle les regrette. » (une psychiatre – médecin-chef d'un SMPR)

Etant donné son caractère extrêmement individualisé, l'efficacité de ce type de thérapie est extrêmement liée à l'attitude et à la personnalité du patient lui-même.

« Alors il y a des prises en charge qui patinent, on a l'impression que rien ne se passe, que c'est laborieux, que la personne n'élabore rien du tout, et on a beau chercher, je ne crois même pas que ce soit de l'ordre de la résistance, je crois que c'est de l'ordre d'un fonctionnement psychique qui est défaillant, on n'arrive pas à élaborer quelque chose, on n'arrive pas à faire de lien, c'est difficile avec certains. Et avec d'autres c'est beaucoup plus facile, parce qu'il y a une histoire riche et qu'il y a des traumatismes dans l'enfance, des traumatismes sexuels, d'abus sexuels, donc on peut faire des liens, on peut mettre ça en revenance. Donc moi je fais essentiellement des prises en charge, alors comment on peut les qualifier, ben c'est suivant le niveau d'élaboration de la personne, des fois ce sera simplement de l'étayage et puis des fois on pourra faire réellement un travail psychothérapeutique, avec des déclics, des prises de conscience, avec des choses qui seront dites pour la première fois et qui auront une répercussion sur le fonctionnement présent et futur. (Une psychologue d'un SMPR)

L'acuité du thérapeute doit permettre de juger de la nécessité ou non d'interrompre la thérapie. Dans tous les cas, plusieurs séances sont nécessaires avant de pouvoir formuler un quelconque avis sur les suites à donner.

Le matériel sur lequel repose la thérapie étant amené ici par le patient lui-même, les limites à la thérapie individuelle résident essentiellement dans l'incapacité de la personne à verbaliser son expérience et son mal-être ; à élaborer. Il y a en quelque sorte chez certains détenus auteurs d'agressions sexuelles un problème d'accessibilité intellectuelle à ce type de thérapie. Pour ceux-là nous allons y revenir, une indication de thérapie de groupe est généralement proposée. Cela n'exclut pas de poursuivre parallèlement la prise

en charge individuelle ou d'y revenir après un certain temps de thérapie groupale qui aura par exemple permis de mettre à jour certains éléments ou mécanismes défensifs.

Lorsqu'elles sont adaptées à la personne, ces prises en charge peuvent se poursuivre plusieurs années. Il n'y a pas, contrairement à la plupart des thérapies de groupe, de limites temporelles à la prise en charge.

« Alors moi j'ai pas mal de suivi de longue haleine quand même, par exemple j'ai un patient pédophile, c'est la 3^{ème} année que je le suis, il est toujours là, il a été jugé et il attend d'être transféré à Caen. Donc moi j'ai des suivis qui peuvent être assez longs finalement puisque en fait souvent je vois les gens dès leur arrivée, dès leur incarcération donc ils sont prévenus et je les suis jusqu'à leur jugement, jusqu'à leur transfert. Il y a rarement d'abandon, c'est-à-dire que ce sont des gens qui accrochent bien, dès lors que c'est eux qui ont formulé la demande de suivi, on peut être sûr que le suivi se poursuit jusqu'à leur départ. » (Une psychologue de SMPR)

De l'avis de tous, un pré-requis important à ce type de prise en charge réside dans la capacité du ou des thérapeutes à « tenir » son rôle sans faillir, aussi bien en termes de neutralité de position que par rapport aux potentielles manipulations de certains patients. Par ailleurs la résurgence durant la thérapie d'un passé fortement traumatique peut voir le déclenchement d'une attitude transférentielle agressive vis-à-vis du thérapeute. A ce titre – compte tenu de surcroît du manque de candidats - il n'est pas toujours facile de constituer une équipe de thérapeutes.

« C'est difficile de créer une équipe parce qu'il faut déjà sélectionner l'équipe de thérapeute donc il ne faut pas être dans la fascination, il faut pas être dans la séduction par rapport à la population, il faut qu'il y ait des volontaires qui soient suffisamment matures. On ne réagit pas de la même façon par rapport à un violeur d'enfant quand on est mère d'un jeune enfant ; on a des stagiaires et les stagiaires sont très impliqués quand il y a des actes comme ça. Quand ce sont des jeunes femmes, et quand elles voient des acteurs d'attouchements, enfin il y a forcément une identification qui se met en place et un manque de dissociation. » (Une psychiatre dans un CMP)

Pour pallier certaines « manipulations » éventuelles, la prise en charge couplée est une précaution technique de plus en plus adoptée dans le cadre de ces thérapies individuelles parfois lourdes et difficiles à gérer pour un seul soignant. Elles se partagent ainsi, bien souvent entre deux thérapeutes voire trois qu'ils soient médecin psychiatre, psychologue voire même infirmier.

« La prise en charge individuelle est aussi couplée médecin et psychologue. Il s'agit de ne pas être seul face à ce que disent les gens. C'est important d'être à deux voire trois dans ce contexte pénitentiaire. L'enfermement potentialise des défenses. » (Un psychologue d'un SMPR)

Un point crucial ici concerne, le manque d'un temps de présence suffisant en psychiatrie, dans certains établissements (une fois par semaine à Mauzac ou Casabianda). Cet état de fait est dénoncé par certains professionnels comme ne permettant pas d'entamer un travail en profondeur et comme venant compromettre l'ensemble de la prise en charge.

« Avec le peu de présence du psychiatre, on fait avec, mais c'est un manque dont on souffre et qui perturbe considérablement la prise en charge. Le psychologue ne peut pas suppléer ce que le psychiatre peut proposer comme prise en charge. » (Un psychologue d'un Centre de Détention - CD)

3 - Les psychothérapies de groupe : des pratiques en plein essor adaptées à certains AAS

Contrairement aux thérapies individuelles dont les objectifs sont assez généraux (puisqu'il s'agit de « diminuer le recours au passage à l'acte et d'améliorer la qualité de vie du client »³⁷), dans les thérapies de groupes « les buts thérapeutiques doivent être précis afin de déterminer comment le groupe peut y parvenir »³⁸. Ainsi chaque participant sera-t-il amené par exemple à développer son empathie envers les autres, à développer une meilleure image de lui-même, à développer une certaine tolérance à la critique etc. Chez ces individus parfois plus portés vers l'agir que vers le dire, « le groupe de thérapie, qui est un lieu de réflexion, doit favoriser un processus de communication où la mentalisation des conflits peut s'élaborer »³⁹.

Sans faire la même unanimité que les psychothérapies individuelles, les psychothérapies de groupe sont également de plus en plus répandues en milieu pénitentiaire. Les techniques sont variées : groupes ouverts à tous types de délits, groupes fermés réservés aux seuls auteurs d'agressions sexuelles⁴⁰, groupes de parole d'orientation psychanalytique, groupes – ateliers thérapeutiques (basés sur des activités artistiques diverses). La technique du groupe peut également être utilisée de façon périodique, en

³⁷ Tardif M., Les thérapies psycho-dynamiques, In Aubut J., *op. cit.*, p. 1588.

³⁸ *Ibid.* p 177.

³⁹ *Ibid.* p 178.

⁴⁰ Les partisans du premier type de groupe mettront en avant l'intérêt pour chaque participant d'une confrontation à la différence ; les seconds objecteront sur la nécessité, en milieu pénitentiaire, de protéger les auteurs d'agressions sexuelles des autres détenus. Il n'y a pas ici de règle établie. Nous avons rencontré les deux cas de figures.

fonction des spécificités des détenus en présence ou en continu. Parmi les établissements visités, seul l'un d'entre eux (CD de Fresnes) l'utilise en continu comme principe de base de l'action thérapeutique.

Plus récentes – dans ce contexte - que les psychothérapies individuelles, ces psychothérapies de groupe ont souvent été mises en place par les équipes dans le but de pallier les problèmes d'élaboration de nombreux détenus. Cela a été le cas notamment au SMPR de Caen à partir de 2000. Parce qu'ils permettent à certains de « trouver une résonance dans l'expérience des participants » ces groupes favorisent la parole de ceux qui y sont conviés.

« Pour certaines personnes il y avait des impasses thérapeutiques et il fallait aller au-delà, débloquer ça. On pouvait pas rester simplement à une offre, Il y a une population qui n'a pas accès à l'individuel et il fallait un autre support. » (Un psychologue d'un SMPR)

D'autres critères d'admissibilité et d'intégration au groupe sont posés et semblent communs aux établissements étudiés. Ainsi, contrairement à la thérapie individuelle dont les critères restent majoritairement assez souples, la reconnaissance des faits, la volonté de vouloir comprendre et changer et donc de s'impliquer sérieusement dans une démarche thérapeutique semblent être un pré-requis. Pour seulement l'un des établissements étudiés (CD de Fresnes), la condamnation n'est pas un critère absolu d'inclusion.

Pour autant, contrairement à une idée répandue, la thérapie de groupe n'est pas forcément un mode d'entrée vers la thérapie individuelle. L'une comme l'autre peuvent coexister sans principe de hiérarchisation entre les deux techniques. Par ailleurs la thérapie individuelle peut mener vers la thérapie de groupe et inversement. Les deux peuvent aussi être menées de concert pour un même détenu.

Qu'elle soit utilisée en permanence ou périodiquement, la technique groupale est généralement basée sur un programme (plus ou moins long). Elle s'inscrit donc dans une certaine durée qui peut s'échelonner, selon les établissements entre 3 mois et plusieurs années. Chaque séance dure en moyenne deux heures et s'inscrit dans une fréquence d'une fois par semaine à une fois par mois.

Ces groupes sont généralement animés par deux professionnels (parfois trois), dans la mesure du possible (dans un souci de possibilités transférentielles) un couple homme-femme et, dans tous les cas au moins un psychiatre ou un psychologue accompagné d'un infirmier.

Dans certains cas (CD de Fresnes, CD de Caen notamment) ces animateurs ont effectué des stages à l'étranger (Belgique, Canada) pour observer puis développer, chez eux, ce type de technique. Plus qu'une importation à l'identique (ces pays sont notamment plus ouverts aux techniques comportementales que la France), il s'agit le plus souvent d'adapter des outils au contexte français.

« Nous sommes allés à cette époque là en Belgique, voir ce que faisaient les Belges ; moi j'ai eu une expérience avec le CRASC et nous sommes allés voir Debeau, voir ce qu'ils faisaient sur Charleroi. Et en 2001, X [psychologue du service] est arrivée avec son expérience canadienne. » (Un psychologue d'un SMPR)

« Je suis restée au Canada 3 ans et demi. Bon c'est une approche différente, une culture différente, un système différent donc des techniques et des modalités pas du tout applicables telles quelles chez nous parce qu'on n'a pas du tout les mêmes ascendances théoriques. Chez eux les surveillants, les soignants sont chapeautés par l'administration, chez nous c'est pas le cas, il y a deux éléments différents, donc c'est très très différent. Alors nous avons adapté les outils. C'est pas du copier-coller par rapport à ce qui se fait là-bas, c'est plutôt adapté ; on adapte des outils comme la chaîne de l'agressivité et on l'a adapté à nos théories à nous. » (Une psychologue d'un SMPR)

Les thérapies de groupes que nous avons pu observer poursuivent un objectif général commun qui est celui de la lutte contre la récidive. Elles sont également basées sur un travail, plus ou moins explicite, autour de la « chaîne de l'agressivité », Elles diffèrent cependant quelque peu en fonction des outils utilisés.

Comme l'indique J. Aubut : « la prévention de la récidive n'est pas seulement un modèle de compréhension de la délinquance sexuelle, c'est aussi un ensemble de techniques thérapeutiques. Il s'agit d'une approche personnalisée adaptée à la problématique de chaque client et visant essentiellement un contrôle qu'exerce le client sur lui-même. C'est une approche à caractère cognitif et éducationnel »⁴¹. Cette technique peut être utilisée individuellement mais elle est généralement utilisée en groupe en raison des « effets positifs d'émulation par les membres du groupe »⁴².

La « chaîne de l'agressivité » renvoie au constat de base qu'une agression sexuelle est un acte qui se situe dans une trame, un continuum fait de chutes (qui regroupe l'ensemble des éléments ou événements même apparemment anodins qui précèdent une agression) et de rechutes (récidives). Partant du principe qu'une chute « n'est pas un délit en soi mais une étape avant l'acte délictuel, qu'elle n'est pas une défaite mais une occasion d'apprendre quelque chose, une occasion d'éviter la récidive »⁴³, la thérapie de groupe va consister, à partir de différents exercices, à identifier les éléments constitutifs de « la chaîne » de chacun, les comprendre, les analyser et les intégrer de manière à pouvoir, à l'avenir, anticiper les situations à risque de rechute.

Différents thèmes de travail ou différents groupes thématiques peuvent être développés dans ce cadre et donner lieu à des exercices)⁴⁴ :

⁴¹ Aubut J., *op. cit.*, p 151

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Une partie des données qui suivent sont extraites d'un document interne au SMPR de Caen.

- Les circonstances du délit. Il s'agit d'identifier les facteurs qui, selon les participants, ont déclenché le(s) délit(s). Cela permet une analyse du niveau de réflexion de la personne (« où ils en sont de la compréhension ») et de départager les causes réelles des justifications (SMPR de Caen) ;
- L'histoire délictuelle. Il s'agit d'obtenir un portrait global de l'histoire délictuelle. D'obtenir les caractéristiques sur les victimes, les lieux d'agression. D'identifier la présence de distorsions cognitives et de confronter les distorsions au hasard et à leur responsabilité (SMPR de Caen) ;
- Les connaissances et représentations de leur sexualité. Il s'agit d'évaluer leurs connaissances sur la sexualité et la différence des sexes. Par un travail sur les associations d'idées ou encore un travail sur la question de « qu'est ce que représente un rapport sexuel pour eux ? » (SMPR de Caen) ;
- le travail sur l'empathie. Par différents exercices comme celui de rédiger une lettre à la victime, qu'ils n'envoient pas. La méthode consiste à leur faire écrire une lettre adressée à leur victime et à analyser cette lettre. Il s'agit ici d'analyser ce que la victime peut représenter pour l'auteur mais aussi la nature de la relation et du conflit caché. Il s'agit essentiellement ici de travailler sur les mécanismes sous-jacents à une mauvaise interprétation des faits ayant trait au recours à l'acte sexuel et à la représentation que le sujet se fait de sa (ou ses) victimes(s). Mécanisme encore appelé distorsions cognitives (SMPR de Caen).

Il s'agit dans certains cas (SMPR de Fresnes) de groupes différents qui suivent une certaine progression : du groupe « accueil » au groupe « prévention de la récidive » (identification des « chutes » ou moments à risques qui ont précédé le passage à l'acte) en passant par le groupe « territoire et limites » (confrontation au déni) ou encore le groupe « culpabilité » (travail sur la responsabilité de l'individu et sur les conséquences de l'acte pour la victime).

Il existe également d'autres types de groupes centrés sur des activités manuelles : la création de marionnettes (SMPR de Marseille-les Baumettes), le dessin (SMPR de Fresnes ; de la Santé), la musique (SMPR de Fresnes) ou encore l'écriture. L'objectif étant, à travers ces différents supports, de favoriser la parole, l'expression de soi et de faciliter, par la médiation de l'objet ou d'un moyen spécifique de communication, la relation à l'autre.

Autre cas de figure : l'utilisation d'un jeu de cartes comme support à cette expression et au déclenchement d'une discussion entre participants. Ainsi le « Qu'en dit-on ? » élaboré en 2000 pour les jeunes détenus par l'équipe psychiatrique de la Maison d'Arrêt d'Angers⁴⁵ et repris, depuis, par d'autres thérapeutes (SMPR de Grenoble-Varces).

⁴⁵ En 1998, l'Administration pénitentiaire et la Direction Générale de la Santé proposaient au niveau national, dans le cadre d'un plan de promotion pour l'éducation à la santé, un financement aux équipes souhaitant s'engager dans une démarche de formation-action en éducation pour la santé sur un thème de leur choix. Le dispositif de soins psychiatriques de la maison d'arrêt d'Angers, désireux de travailler la question de la sexualité chez les mineurs agresseurs sexuels, a proposé ce sujet d'étude, qui a été retenu pour faire partie

Le « Qu'en dit-on » se présente sous la forme d'un jeu de 60 cartes illustrées réparties en 6 thèmes identifiés par des couleurs différentes. Tous ces thèmes traitent du lien social à travers diverses situations : la circulation routière, la responsabilité parentale, les conduites addictives, la violence, la sexualité, la femme. Chacun des thèmes évoquant une situation relationnelle ambiguë (par exemple : « elle sort de son bain, elle est nue, on sonne à la porte » ou encore « il confie sa fille à des copains pour une soirée », etc...). Une échelle de valeurs est constituée de 4 affichettes allant de « l'acceptable à l'interdit par la loi », en passant par le « discutable » et le « non acceptable ». Un dé à six faces de différentes couleurs correspondant aux couleurs des cartes indique au joueur dans quel tas il doit piocher.

Le jeu proprement dit se déroule comme suit : chaque joueur jette le dé et pioche la carte de couleur correspondant. Il l'a lit puis la pose sur l'affichette de l'échelle de son choix, en argumentant sa décision. Les autres participants sont alors invités à réagir, dans le respect d'un cadre fixé par le ou les animateurs (trois : psychologues et infirmiers pour le cas de Varcès).

L'équipe du SMPR de Varcès utilise ce support auprès des détenus majeurs et auprès des détenus mineurs. Les résultats sont sensiblement différents selon la population.

« Ce jeu est aussi utilisé en quartier mineur et il se trouve qu'il n'a pas tout à fait les mêmes effets chez les majeurs et chez les mineurs. Chez les majeurs c'est vrai qu'il y avait un risque avec ce jeu d'avoir des réponses un peu stéréotypées. C'est-à-dire qu'il y avait très vite une très grande conformité à l'idée qu'ils se faisaient de la loi. La plupart ont des représentations assez précises de ce qu'il faut faire ou pas donc ils se coulaient finalement dans l'interprétation qui semblait convenir à l'animateur et au groupe, ce qui fait qu'il pouvait y avoir à un moment une certaine pauvreté des échanges. Ce qui n'empêchait pas l'intérêt du jeu dans un après-coup, dans une reprise individuelle où ils pouvaient là manifester quelque chose dans la manière dont telle ou telle carte les avait touchés. Mais au niveau de la dynamique de groupe c'est vrai que par contre les mineurs ont cette espèce de « fraîcheur » qui fait que quelquefois c'est certes plus difficile à contenir (même si on a jamais eu de débordements qui nous aient amené à arrêter le jeu) mais ce sont des jeunes qui « jouent le jeu » et ça fait aussi sans doute partie de leur fragilité, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas encore dans ce désir de conformité et y'a même quelquefois une surenchère dans le défi c'est-à-dire qu'on va aussi donner une réponse parfois extrêmement provocante pour voir comment les animateurs qui sont là vont réagir mais aussi que par rapport au groupe, c'est surtout ça qui s'impose au quartier mineur c'est de pouvoir affirmer des positions qui font partie de la culture du quartier qui sont des positions quelquefois un peu étonnantes pour nous pour ne pas dire plus. Mais c'est un jeu qui d'une part mobilise beaucoup leur intérêt y compris certains qui ne veulent pas entendre parler de prise en charge individuelle. » (Un psychologue de SMPR)

4 - Les traitements médicamenteux : un intérêt certain dans un cadre précis, « hors les murs »

Nous parlerons principalement ici des traitements hormonaux anti-androgènes qui contribuent, par leurs actions différentes, à une diminution drastique de l'activité de testostérone et viennent ainsi compromettre, par des mécanismes différents, les actes sexuels masculins (libido, capacité d'érection) mais aussi la fertilité.

Deux produits principaux sont utilisés dans ce cadre en France :

- les antiandrogènes stéroïdiens, notamment l'Acétate de cyprotérone commercialisé en France sous le nom d'Androcur. Cette hormone empêche l'action des androgènes sécrétés par les testicules et les corticosurrénales sur les organes cibles androgénodépendants tels que la prostate. Il en résulte une diminution importante de la libido avec impuissance ainsi qu'une inhibition de la spermatogénèse pouvant conduire à une stérilité temporaire. L'Androcur est administré quotidiennement sous forme de comprimés avec deux dosages différents existants.

- Les agonistes de la LH-RH (hormone hypothalamique) et notamment la triptoréline commercialisée en France sous le nom de Décapeptyl ou encore la leuproréline commercialisée sous le nom d'Enantone. Cette hormone entraîne la libération, par l'hypophyse antérieure, de LH qui, chez l'homme, provoque la sécrétion de testostérone par les cellules interstitielles du testicule. Dans les conditions physiologiques, la sécrétion de LHRH est discontinue. Son administration continue (sous la forme d'un traitement) entraîne, après une phase de stimulation transitoire, une désensibilisation de l'hypophyse antérieure, conduisant à un arrêt de la sécrétion de LH et, par conséquent, à un effondrement de la sécrétion de testostérone. Il en résulte une forte diminution de la libido et une impuissance. Le Décapeptyl comme l'Enantone sont administrés en voie injectable (à intervalle de 4 semaines pour l'Enantone).

L'un comme l'autre de ces produits ont de nombreuses indications thérapeutiques notamment dans le traitement des cancers de la prostate. Leurs effets provoqués au cours de ces traitements sur le comportement sexuel ont conduit certains praticiens à les prescrire, dès 1975, officieusement (et donc sous leur stricte responsabilité et sans garantie de remboursement pour le patient) dans le traitement des pulsions sexuelles masculines.

Seul l'Androcur bénéficie, depuis le 21 juillet 2005 d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour l'indication supplémentaire « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique ». Longtemps attendue, cette décision a été saluée par l'ensemble des spécialistes.

L'Androcur semble être le médicament le plus utilisé en France mais c'est également le plus ancien. L'arrivée, sur le marché de nouveaux anti-androgènes comme le LH-RH ont soulevé l'espoir « que certains cas résistants puissent finalement voir leur problème résolu, ou encore que la LH-RH puisse être plus spécifique et plus efficace »⁴⁶. Elle présente aussi l'avantage d'une utilisation injectable, estimée plus sûre.

La prise en charge hormonale est un traitement tout à fait spécifique ; elle répond à quelques principes simples⁴⁷ :

- elle est antiandrogénique. On supprime ou diminue de façon très importante l'activité permissive de la testostérone et de la dihydrotestostérone sur le comportement sexuel.
- elle est réversible, son arrêt entraînant le retour à un fonctionnement hormonal normal.
- on ne peut prévoir sa durée car elle est à visée symptomatique. Ce n'est qu'au cours d'essais de son interruption que l'on peut démontrer une évolution favorable du comportement.
- le consentement doit être obtenu après avoir indiqué les effets secondaires associés possibles ou probables.

⁴⁶ Gagne P., Le traitement hormonal, In Aubut J, *op cit*, p. 233.

⁴⁷ Cf Recommandations sur un « projet de loi « renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs », n° 51, 20 décembre 1996.

La durée minimale d'un traitement hormonal est de six mois. Il n'y a pas, à l'heure actuelle d'indication concernant sa durée maximale. Quoiqu'il en soit tout arrêt, devra se faire progressivement.

Comme le notent deux des principaux spécialistes de la question, en France⁴⁸, les anti-androgènes sont particulièrement indiqués chez :

- les pédophiles multirécidivistes, en particulier homosexuels.
- les pédophiles profondément immatures ou déficients intellectuels qui ont en quelque sorte l'âge mental de leur victime. Ce type de traitement évite un « destin asilaire et favorise la réinsertion sociale ».

Ces traitements sont contre-indiqués en cas de psychose, d'épilepsie et avant la fin de la puberté.

Principalement prescrits dans le cadre d'un suivi médical en milieu ouvert, ils sont peu utilisés en prison aussi bien en raison du risque réduit voire inexistant de récurrence durant l'incarcération qu'en raison des effets secondaires importants que ces traitements induisent à savoir, pour le principal, le risque de déminéralisation osseuse qui doit être dépisté et prévenu.

« Ici c'est compliqué, parce qu'on est en prison, en pratique pour la pédophilie, le risque de récurrence en prison est quand même assez limité. Et puis c'est quand même des traitements qui ont des effets secondaires, indésirables et quand quelqu'un va rester 10 ans en prison, peut-être que c'est des choses qui, enfin moi je ne vais pas mettre ce patient sous traitement au risque qu'il fasse un infarctus dans 4-5 ans, alors que le bénéfice pendant qu'il est incarcéré est assez limité. Je pense que c'est une indication qui peut être posée dans le cadre d'un projet 6 mois avant de sortir. La diminution de la libido ou des pulsions, on peut penser que ça a peut-être un intérêt à l'extérieur, mais ici de toute façon il est contenu. Lui mettre un traitement d'emblée ici, c'est dangereux, c'est pas un traitement anodin quand même. » (Un psychiatre - médecin-chef d'un SMPR)

Comme le précise la nouvelle indication d'Androcur, ce type de traitement ne peut se suffire à lui seul et doit être administré en association avec d'autres formes de prise en charge notamment un soutien psychothérapeutique individuel ou en groupe. « Le risque d'une prescription sans prise en charge psychothérapeutique existe, soit par facilité, soit, ce qui est plus grave, dans le cadre de la négociation d'une libération conditionnelle »⁴⁹. Par ailleurs, les spécialistes en la matière insistent eux-mêmes sur le fait que, compte tenu de toute une série d'éléments (effets secondaires, réversibilité des effets) il ne s'agit pas, loin de là, d'une solution miracle.

⁴⁸ Thibaut F., Cordier B., Psychotropes et chimiothérapie hormonale, In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, *op. cit.* p. 291.

⁴⁹ Cordier B., Réduction des pulsions sexuelles », extension de l'indication de l'Androcur, Revue Forensic, n° 22, 2005.

« Après les années 95, il y a eu une évolution de l'opinion publique, politique, médiatique sur ce sujet et après c'était devenu la panacée, la solution miracle. Et donc je me suis attelé à repréciser dans des articles, dans des conférences l'intérêt de ce traitement mais aussi ses limites. » (Un médecin psychiatre des Hôpitaux)

Ils insistent également sur le fait que ces médicaments doivent être prescrits par des praticiens avertis. D'ailleurs, dans les mentions légales du Vidal 2006 concernant l'Androcur, il sera mentionné qu'« une décision pluridisciplinaire de mise sous traitement est nécessaire associant par exemple psychiatre, psychothérapeute et endocrinologue »⁵⁰.

Sur le plan de la recherche concernant ce point, un programme de recherche sous la Direction de S. Stoleru chargé de recherche à l'Inserm (U 483) avec co-financement des Ministères de la Santé, de la Recherche, de la Famille et de la Justice est actuellement en phase de démarrage, après 8 années de préparation. Il s'agit précisément de comparer l'efficacité thérapeutique de l'Androcur et de l'Enantone dans le cadre d'un traitement psychothérapeutique. Il s'agit d'une étude prospective sur 24 mois. Les sujets traités seront des patients récidivistes, non incarcérés, (ce qui n'exclut pas une mesure de suivi socio-judiciaire) dont le comportement d'agressions sexuelles n'aura pu être traité efficacement par les approches psychothérapeutiques ou pharmacologiques antérieurement utilisées, ayant reconnu leurs actes, et désirant être traités. Un groupe de sujets volontaires sains sera utilisé comme groupe témoin. 40 patients seront étudiés en tout, 20 dans chaque groupe sur une durée de deux ans. Ils seront recrutés dans 6 centres cliniques.

5 - Autres pratiques (psychomotricité ; thérapies familiales...)

D'autres formes de prise en charge spécifiques, que nous n'avons pas pu étudier particulièrement et qui interviennent, le plus souvent en complément des prises en charge décrites plus haut, nous paraissent intéressantes à signaler :

■ La psychomotricité (CD de Mauzac et CMP Paris 17^{ème})

Un établissement (CD de Mauzac) ainsi qu'un centre de soin (CMP Paris 17^{ème}) utilisent, depuis peu, la psychomotricité comme outil supplémentaire dans l'approche et le soin aux auteurs d'agressions sexuelles. Si c'est bien le corps de l'agresseur qu'il s'agit de prendre en compte dans ce contexte, le corps de l'autre (celui de la victime- enfant ou femme) et des limites posées par le respect d'autrui et de son intimité sont aussi au cœur de la problématique.

⁵⁰ Cordier B., *op cit*, 2005.

« Il s'agit quand même de passages à l'acte souvent d'ordre physiques, c'est dommage de ne pas travailler objectivement sur le corps, et puis la psychomotricité maintenant a quand même fait beaucoup d'avancées et c'est tout à fait étonnant de voir que le psychomotricien et la psychologue avec des abords très différents vont arriver à des conclusions psychodynamiques identiques. Ce qui est étudié c'est l'approche physique, comment est-ce que c'est perçu, le rapport à l'espace et puis les éléments de tension. Le même événement va être analysé de deux manières : le psychomotricien va dire écoutez vous avez eu ce passage à l'acte, quel était votre état au niveau corporel, comment vous vous êtes senti, alors (...) que le regard psychanalytique sera autre. C'est vraiment très complémentaire. » *(Une psychiatre dans un CMP)*

« Parmi les agresseurs sexuels il y a ce qu'on appelle dans le langage courant des pédophiles mais on a aussi beaucoup de pères incestueux, alors la problématique du corps, la question de l'intimité, sont extrêmement importants, parce que c'est une pathologie de la relation, une pathologie de l'intimité. Donc la question du corps est importante. *(Un psychomotricien dans une UCSA)*

■ **Les thérapies familiales (SMPR de Caen)**

Comme les autres formes de thérapies elles ont pour objectif d'aider l'auteur d'agressions sexuelles à mieux comprendre le sens de son acte mais aussi ses répercussions familiales et à lutter contre les dysfonctionnements familiaux centrés notamment sur « le secret ». La thérapie peut se dérouler par groupe (de 3 à 5 détenus à raison de 12 séances) ou en individuel. La famille intervient parfois, rarement. « C'est l'aboutissement de tout un travail de préparation de l'un et de l'autre qui peut aboutir à une reprise des relations vraiment constructives, à l'image de ce père présentant ses excuses et remerciant son enfant d'avoir eu le courage de le dénoncer. Il est difficile actuellement, d'évaluer les résultats du travail ainsi engagé. On peut simplement évoquer les constats de ces hommes incarcérés qui ont pu exprimer leur satisfaction de pouvoir reconnaître devant le groupe la gravité de leurs gestes et de ne plus être seuls à s'interroger sur leurs déviances »⁵¹. Ce type de travail auprès du père de famille-agresseur joue un rôle important dans la capacité de résilience de l'enfant victime.

III - Les évolutions en matière d'organisations professionnelles

1 - La supervision ou régulation intra-institutionnelle

Les évolutions en matière de prise en charge (ouverture notamment vers les thérapies de groupe), l'arrivée de nouveaux soignants (psychologues notamment dont de nombreux stagiaires), moins armés que leurs aînés-pionniers pour faire face aux aléas de cette

⁵¹ SMPR de Caen. Document interne.

clinique des auteurs d'agressions sexuelles réputée difficile, la mise en place par les SPIP de groupes de guidance socio-pénales (voir plus loin), impliquent de plus en plus l'instauration de supervisions ou moyens de régulation destinés aux soignants et intervenants. Généralement, l'un et l'autre de ces termes sont distingués car ils ne renvoient pas tout à fait au même contenu, la supervision renvoyant aux pratiques et aux savoirs développés dans le cadre de cette pratique, et la régulation renvoyant plutôt au fonctionnement de l'équipe et à la place occupée par chaque intervenant dans ce contexte. Nous ne les distinguerons pas ici ; les professionnels rencontrés dans le cadre de notre étude utilisent à la fois l'un et l'autre terme. Disons simplement que ces séances (collectives ou individuelles) leur permettent de faire le point sur leur pratique, de fédérer un certain savoir, entraînant par ailleurs une plus grande capacité d'analyse des situations ou cas rencontrés en individuel et une plus grande capacité de réaction et d'adaptation face à la complexité des problématiques.

«Ce que je peux répondre moi en tant que soignante c'est que travailler avec ce type de population est difficile, ce n'est pas anodin, ça demande un travail sur soi et un travail individuel très important, il ne faut jamais se reposer sur ses acquis, et ne jamais se dire parce que nous avons rencontré x pédophiles et x pervers sexuels que nous savons ce que c'est ». Voilà alors travailler en groupe c'est quelque chose de difficile également, c'est pour ça que ça ne peut se faire que par deux thérapeutes. » (Une psychologue dans un SMPR)

Différents cas de figure ont pu être recensés dans le cadre de cette étude :

■ **La supervision par un intervenant extérieur (SMPR Varcès, SPIP Albi ou Angoulême - cf plus loin)**

A la demande généralement de l'équipe un intervenant extérieur (psychiatre ou psychologue) est sollicité pour animer un groupe de supervision-régulation.

Pour le cas d'équipes nouvelles il s'agit tout autant de réfléchir sur sa pratique que sur les représentations que chacun peut avoir sur cette population. Certains « *à priori* » (« ce sont tous des pervers », des « manipulateurs », « on ne peut pas les soigner », etc) ont la vie dure et viennent parasiter la prise en charge au point d'en bloquer toute issue possible. Il est nécessaire alors pour les soignants ou intervenants d'opérer un retour sur soi afin de débloquer la situation.

« Mon recrutement sur l'équipe est parti d'une demande de l'équipe de travailler autour de la délinquance sexuelle. (...) On a démarré essentiellement autour d'analyses de cas de prise en charge de personnes auteurs de violences sexuelles. Ça prenait de l'ampleur dans les pratiques vues les questions que ça posait à l'équipe. (...) Les difficultés avec ces populations là se situent surtout au niveau de la représentation qu'on a. Aussi bien pour un SPIP que ceux qu'on va rencontrer dans un CMP par exemple ou à l'hôpital. Quand on voit débarquer un auteur d'agressions sexuelle on le reçoit pas comme les autres alors que... finalement... il n'y a pas de spécificité de cette population là. C'est ce qu'à permis de repérer le travail avec analyses de pratique puisqu'on s'est aperçu qu'il s'agit d'une population très hétérogène finalement, il y a très peu de pervers en fait (...) et on a pu travailler sur les à priori qu'on peut avoir sur cette population là et finalement à ramener ces violences là dans le cadre des violences ordinaires. » (Un psychologue d'un CMP)

■ **La supervision par le groupe (Loos-Lille, Les Baumettes-Marseille, Villeneuve-les-Maguelones)**

L'équipe elle-même ou seulement certains de ses membres se réunissent régulièrement pour parler de leurs prises en charge individuelles ou groupales. Cela leur permet tout à la fois de recouper des informations et de faire un retour sur leurs pratiques.

« Nous prenons après chaque séance, chaque semaine, le lendemain un temps indispensable, précieux pour discuter de ce qui s'est passé, de comment nous avons envisagé les choses, donc un peu de supervision entre nous. » (Une psychologue dans un SMPR)

■ **La supervision en individuel**

Lorsque aucune possibilité de supervision n'existe en interne, les soignants optent pour la solution individuelle à savoir la rencontre régulière d'un thérapeute (psychanalyste) à leurs propres frais. Cela leur permet de ne pas rester isolé face à leur pratique quotidienne souvent difficile.

« Moi je vais en supervision chez un psychiatre, oui ça me semble indispensable, parce qu'il faut vraiment avoir ce temps de prise de distance, parce que les entretiens avec des pervers c'est très particulier. (...) Alors c'est de ma poche, c'est vraiment une démarche personnelle, oui parce que je vous dis c'est indispensable sinon on se tait. Il faut un temps de réflexion sinon c'est pas possible. » (Une psychologue dans un centre de détention)

2 - La formation et la recherche

Les évolutions constatées dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles et notamment le fait que ce champ en soit aujourd'hui à un tournant visant une

certaine généralisation des savoirs, après l'époque des « pionniers dominée par une certaine « spécialisation », impliquent de nouvelles impulsions. Il s'agit à la fois, par une offre de formation, d'attirer de nouveaux candidats vers ce domaine de pratique encore mal connu, dont les enseignements s'avèrent inégalement répartis sur l'hexagone et de mettre en place, à partir de centres ressources, un certain nombre de repères destinés à fédérer les différents professionnels.

■ **Sur le plan de la formation certains manques sont aujourd'hui dénoncés par certains psychiatres.**

« Chez les jeunes psychiatres il y a une évolution. Par contre les psychiatres qui ont une cinquantaine d'années n'ont pas eu une heure de formation là-dessus, il n'y a rien là-dessus sauf par le volontariat, c'est optionnel dans la formation des psychiatres et encore selon les départements, il y a des départements en France où sur option on peut suivre une formation si elle existe, elle n'est pas répartie dans tout le territoire. » (Un médecin-psychiatre hospitalier)

Ces lacunes en matière de formation peuvent être un élément d'explication au manque de psychiatre en ce domaine mais aussi à la difficulté de recruter des médecins coordonnateurs dans le cadre des Suivis Socio-Judiciaires (il en sera question en dernière partie).

« Ce qui nous était opposé dans le refus de prendre en charge, c'était au fond la méconnaissance et l'absence de formation, donc une des réponses c'est proposer une formation pour informer, enseigner et dédramatiser. (Un psychiatre libéral - expert et médecin coordonnateur)

Des formations ont ainsi été mises en place qui laissent envisager une amélioration dans la prise en charge des populations concernées de la part des secteurs publics et privés ; elles ne pourront pas pour autant résoudre à elles seules la question des carences en poste de psychiatre. A ce titre il convient de noter combien la décision de décembre 2005 de modifier la loi pour permettre aux psychologues de suivre des AAS dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (au même titre que les médecins traitants) a été jugée pertinente et reste bien accueillie par l'ensemble de la profession. On attend toujours cependant le décret d'application.

Sur ce volet, L'ARTAAS, qui fédère, en France, la plupart des professionnels travaillant dans le champ de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, poursuit, depuis sa création son volet formation. Il s'agit désormais de donner des bases de travail à des praticiens de terrain, formateurs, futurs médecins coordonnateurs, et acteurs de réseaux de soins dont les médecins traitants dans le cadre de l'application de la loi du 17 juin 1998.

« Former des médecins coordonnateurs si on forme pas des médecins traitants et qui dit médecin traitant dit des équipes de soin, ça sert à rien. On a mis du temps et finalement petit à petit ils ont dit OK, on va pas former que des formateurs mais des médecins coordonnateurs donc ça fait maintenant 5-6 ans que chaque année on propose des formations régionales. (Un médecin psychiatre - chef de service hospitalier)

De fait sont dispensées annuellement sur un cycle de plusieurs jours une formation nationale concernant notamment les éléments cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques des auteurs d'agressions sexuelles ainsi que des formations interrégionales qui fournissent notamment des repères concernant les rôles des différents acteurs, l'articulation du juridique, du sanitaire et du social.

Des sessions de formations également ouvertes (selon les thèmes abordés) à d'autres catégories professionnelles (magistrats, travailleurs sociaux, infirmiers) sont mises en place chaque année par l'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légale (La Garenne-Colombes – R. Coutanceau). Elles concernent aussi bien des enseignements théoriques en psychiatrie que la formation aux techniques de thérapies de groupes (pour les psychologues ; psychiatres) ou encore la sensibilisation à la prise en charge des agresseurs sexuels destinés aux infirmiers.

D'autres formations intégrées à des diplômes universitaires (en psychiatrie ou médecine légale notamment) ont été mises en place plus récemment. C'est le cas à Montpellier, où le service de psychiatrie dirigé par le Dr. Cros, médecin coordonnateur et chef de service du Dispositif de Soins Psychiatriques de la MA de Villeneuve lès Maguelonne, a mis en place un séminaire d'études de cas d'AAS au sein de la formation en psychiatrie. C'est le cas également à Marseille et à Lille.

Ces différentes formations se veulent essentiellement pragmatiques. Il s'agit de fournir aux professionnels, dans un temps relativement restreint (quelques jours de formation ou quelques cours intégrés dans un enseignement plus général) les outils de compréhension et d'approche de ces problématiques ainsi que les moyens d'un travail en partenariat.

■ **Sur le plan des centres ressources**

Il est prévu de créer plusieurs centres ressources régionaux ou interrégionaux. Un premier centre ressource interrégional a déjà vu le jour fin 2006 dans la région Nord – Pas de Calais-Picardie, placé sous la responsabilité du Dr E. Archer, médecin chef du SMPR et du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire du Nord-Pas de Calais. Un second projet devrait être mis en oeuvre prochainement dans la région Rhône – Alpes. D'autres devraient suivre notamment en Provence-Alpes-Côtes-d'Azur.

Ils ont pour mission :

- de former des professionnels de santé dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles ;
- d'information, d'accueil et de conseil aux professionnels de santé et d'orientation des particuliers ;

- de recours : par évaluation des stratégies de soins dans les cas difficiles ;
- de recherche et de réflexion sur l'évolution de la clinique et des pratiques.

Ces centres ressources sont constitués de différents professionnels expérimentés dans ce type de prise en charge. Par leur action ils participent à la constitution d'un vivier de professionnels compétents : médecins coordonnateurs, soignants, superviseurs et experts judiciaires et à la création de réseaux de santé.

Ils contribuent aussi largement à l'ouverture d'un espace santé-justice susceptible de proposer des modalités d'articulations entre les deux domaines.

« Ces centres ressource c'est ce qui doit prendre le relais finalement c'est-à-dire ce sont des lieux de soutien pour les équipes qui suivent les délinquants sexuels, c'est-à-dire qu'on s'est rendu compte que ce qui soutenait les soignants c'est qu'il y ait un lieu où ils puissent venir discuter, puissent venir se former, qu'on puisse leur donner de la documentation, on puisse les aider concrètement, on puisse venir et leur dire « ok on vient co-animer le groupe thérapeutique avec vous ». Le but c'est qu'il y ait là du personnel ressource pour d'autres personnes, ça c'est important. Dans les centres ressource on va proposer des réunions mensuelles, c'est-à-dire que tous les gens qui suivent des délinquants sexuels on va leur proposer des réunions cliniques, ils peuvent s'inscrire et on va leur proposer des formations, des informations, une documentation. Ensuite ça veut dire qu'on va organiser aussi des formations plus spécifiques sur les techniques thérapeutiques. On va aider à structurer l'articulation santé justice. C'est une articulation qui fait peur aux soignant. On va rencontrer les CIP aussi et voir comment on peut faire pour structurer les choses avec eux pour les faciliter, parce que si on facilite ça va marcher. Et on va arrêter de se reprocher les uns les autres de pas être au bon endroit. » (Un médecin psychiatre des Hôpitaux)

■ Sur le plan de la recherche et des évaluations

Les limites (essentiellement temporelles) dévolues à cette étude ne nous ont pas permises de porter une attention particulière aux études et recherches menées actuellement dans le cadre de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles aussi bien en France qu'à l'étranger (outre une recherche spécifique dont nous avons eu connaissance dans le détail - voir partie 2-4 : les traitements médicamenteux). Pour autant il ressort de nos entretiens avec les professionnels, un certain nombre d'éléments sur cette question qu'il nous semble important de mentionner.

Ainsi, par delà un cadre légal qui les sollicite de plus en plus, une majorité de soignants (y compris parmi les « pionniers » du champ) s'accorde aujourd'hui à dire que des évaluations objectives s'avèrent nécessaires aussi bien en ce qui concerne les dispositifs mis en place que le risque de récurrence des individus pris en charge.

Pour autant, la marche à suivre, notamment en ce qui concerne les modalités d'évaluation des taux de récurrence, est loin de faire l'unanimité. De nombreux questionnements sont à l'œuvre notamment en ce qui concerne la validité des critères de

dangerosité utilisés jusque là dans ces évaluations (principalement d'origine Nord Américaines) que certains estiment sans fondements scientifiques. Il est de fait que les taux de récidive établis varient en effet en fonction des chercheurs, des pays, et aussi en fonction des typologies retenues.

Une distinction préalable est d'ailleurs requise par de nombreux cliniciens entre récidive et rechute ; cette dernière incluant la prise en compte d'actes révélateurs d'un comportement répétitif mais qui ne sont pas forcément judiciairisés comme l'est l'agression sexuelle. Comme l'indique P. Genuit : « l'évaluation des risques de rechute suppose une clinique thérapeutique du passage à l'acte non pas pour réduire la personne à son acte délinquant ou criminel mais pour analyser quelle signification il prend dans l'histoire du sujet et son fonctionnement psychique. Si l'on tient compte de la dynamique implicite ou inconsciente, on s'aperçoit que la répétition ne se manifeste pas que dans les actes judiciairisés »⁵². Des outils tels que le QICPASS (version d'usage clinique, simplifiée du QIPASS) permettent ce type d'investigation en deçà et au-delà des actes judiciairisés, en tenant compte des éléments constitutifs de toute une histoire en somme qui « éclairent la personnalité du patient sous l'angle du risque de la mise en acte »⁵³.

L'idée qui prévaut actuellement en France est donc que l'évaluation de ce que l'on désigne désormais couramment comme le « risque de récidive » doit être entourée d'un certain nombre de précautions. L'évaluateur d'une part n'est pas là pour prédire l'avenir (si tant est d'ailleurs que cela soit possible) ; la « récidive » d'autre part ne représenterait qu'une partie émergée (parce que judiciairement repérée) d'un processus complexe qu'il importe d'identifier et d'analyser.

IV - Un exemple de prise en charge étranger : la Belgique

C'est à partir du milieu des années quatre-vingt dix et notamment de « l'affaire Dutroux » que la Belgique se dote officiellement d'institutions destinées à prendre en charge de façon spécifique les auteurs d'agressions sexuelles.

Précisons toutefois qu'il n'y a pas, en Belgique, de services psychiatriques de prise en charge en milieu pénitentiaire (de type SMPR). Des services psychosociaux sont implantés dans les prisons mais, financés par la Justice et au service du directeur de l'établissement, ils ont essentiellement un rôle d'évaluation. Des services de santé mentale existent par contre à l'extérieur de la prison et sont éventuellement chargés de suivre ces patients. Si un détenu fait explicitement une demande de suivi psychiatrique, un thérapeute lui est adressé de l'extérieur.

⁵² Genuit P., Existe-t-il des outils permettant d'évaluer les risques de rechute et quels sont-ils ? In Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, *op. cit.*, p. 224.

⁵³ *Ibid.*

Pour autant, comme en France, un petit nombre de cliniciens et chercheurs (psychiatres, psychologues, criminologues) se sont, plusieurs années auparavant, saisis du problème.

C'est ainsi notamment qu'est né le Centre de Recherches-Action et de Consultation en Sexo-Criminologie. (CRASC) dans les années quatre-vingt à Bruxelles.

Pour F. Gazan, criminologue et fondateur de cette association, il s'agissait d'implanter en Belgique, un modèle d'inspiration anglo-saxonne en la matière, quasiment inconnu alors dans ce pays. Centre de recherche et de prise en charge, le CRASC fonctionne comme un service externe, indépendant et donc ouvert à toute personne nécessitant de soins en la matière et qui en fait la démarche. Le pré-requis de la démarche volontaire et motivée est essentielle ici.

Un programme type est développé dans ce centre. Il s'articule autour de plusieurs axes:

■ **L'identification de situations critiques pour le passage à l'acte**

« le PIG » (Problem of Immediate Gratification⁵⁴). Il s'agit, par un travail de guidance de groupe, d'identifier les éléments précipitant l'agression (ils sont à la fois propres à chaque individu et communs à certaines catégories d'agresseurs). A travers cette guidance, l'individu devra être capable d'identifier les éléments *à priori* disparates dans son esprit, qui l'ont mené (et l'amèneront encore s'il ne prend pas les choses en main) au passage à l'acte. « un des premiers apprentissages que doit donc faire le sujet est de savoir identifier son propre PIG, notamment : à quoi reconnaît-il son PIG ? Comment se comporte-t-il ? Qu'est ce qui le rend agressif ? Que craint-il ? Qu'est ce qui le calme ? »⁵⁵. L'application de certaines techniques développées notamment au Canada sont également déployées dans le cadre de ce travail. Ainsi un examen pléthysmographique pénien (mesure objective de l'excitation sexuelle face à certains stimuli prédéterminés) peut éventuellement aider le sujet à mieux se connaître à cet égard⁵⁶.

■ **Le développement de méthodes d'actions permettant de ne pas céder au passage à l'acte agressif**

L'individu ayant intellectuellement, par auto-observation portée par le groupe, appréhendé son comportement au cours de la première phase de guidance, il lui reste à trouver les moyens pour agir face au PIG. Les méthodes employées ici sont essentiellement comportementalistes et cognitives et parfois médicamenteuses. Elles peuvent être utilisées en même temps.

⁵⁴ Sigle dont le renvoi au terme « cochon » en anglais est volontaire et non fortuit.

⁵⁵ Gazan F., Le traitement des délinquants sexuels : Etat de la question, Revue internationale de criminologie et de police technique, 2/ 1991, p. 210. L'essentiel des informations présentées ici sont extraites de cet article ainsi que de données de terrain.

⁵⁶ Il s'agit ici de demander au sujet de placer en privé un extensomètre autour du pénis afin que le technicien, situé dans une pièce séparée puisse prendre connaissance, grâce au graphique qu'enregistre le polygraphe, des réactions du sujet face à certains stimuli – diapositives, films, cassettes audio – stéréotypés. L'auteur précise ici que ce « thermomètre » de l'excitation sexuelle est d'un usage limité, mais utile. Il n'est pas à lui seul l'instrument de mesure d'une pathologie, il n'est que (mais est quand même) un des instruments utiles à l'établissement d'un diagnostic.

1) Parmi les méthodes comportementalistes il y a ainsi :

- l'évitement : tel sera le cas du violeur qui évitera par exemple de prendre en charge une auto-stopeuse
- l'échappement : Il s'agit pour la personne de développer des méthodes d'échappement face à des situations dangereuses qu'il n'a pu éviter.
- le développement de comportements de compensation. Le paraphile aura à apprendre à ce stade les attitudes ou comportements de dernières secondes aptes à lui faire garder l'équilibre, sachant que le PIG est proche de son apogée. Ces comportements pourront aussi bien consister en une masturbation qu'en un rapport sexuel avec un adulte consentant, fût-il une personne prostituée.

2) Les méthodes cognitives proposées sont :

- Parler : parler à voix haute introduit une distanciation entre la sensation sexuelle vécue et le passage à l'acte qui se prépare ;
- Envisager les conséquences : envisager la rechute, le sentiment de culpabilité. Passer en revue toutes les conséquences à long terme ;
- Imaginer la situation vécue : l'individu est appelé à s'auto-observer dans la situation d'agresseur ;
- Pratiquer l'une ou l'autre forme de « stop mental » : par exemple s'obliger à compter calmement jusqu'à mille, s'occuper l'esprit à autre chose.

3) Les méthodes médicamenteuses : par anti-androgènes prescrits temporairement pour aider le patient à trouver un peu de détente dans la gestion de ses pulsions, le temps qu'il soit à même de se maîtriser.

■ **Le réaménagement, plus en profondeur, du vécu de l'individu**

« Le danger d'une rechute soudaine étant en principe écarté par l'apprentissage des techniques d'identification précoces du PIG et d'intervention à son égard, reste à résoudre les vrais problèmes, puisque les auteurs sont quasi unanimes à estimer que la violence sexuelle est bien davantage l'expression sexuée de l'agressivité que l'expression agressive de la sexualité »⁵⁷. Il s'agit ici de travailler en groupe le style de vie de l'individu (par ex : pousser un oisif à s'occuper) et réaménager son existence sur des points particuliers.

Ce travail se fait autour de plusieurs axes :

- La prise en considération de la chaîne des faits. Il s'agit pour le sujet d'être capable d'élaborer la chaîne des comportements objectifs antérieurs à une agression ;
- Les AID (Apparently Irrelevant Decision). Il s'agit d'identifier l'ensemble des actes apparemment sans liens avec l'agression et qui y sont tout de même liés ;
- L'intérêt pour les victimes. Il s'agit de ne pas faire oublier que les actes commis ont eu des conséquences pour des victimes. Si le contexte est favorable, des

⁵⁷ *Ibid.* p. 213

contacts sont pris avec des proches de la victime afin d'avoir de ses nouvelles voire étudier les possibilités de lui apporter une aide. Le patient sera amené à expliquer la scène de l'agression, vue cette fois sous l'angle de la victime ;

- La prise de conscience d'un filtre d'appréhension de la réalité et la correction d'interprétations erronées. Il s'agit d'apprendre au patient à rationaliser certaines pensées qui l'amènent à avoir une interprétation déformée de la réalité (par exemple interpréter son propre désir comme étant celui de l'enfant) ;

- Favoriser le recours à l'utilisation d'une matrice de décision. Il s'agit d'amener le sujet à établir des tables de décisions considérant ludiquement le court, moyen et long terme (par ex : envisager le passage à l'acte dans ses conséquences positives à court terme : plaisir immédiat ; dans ses conséquences négatives à court terme : sentiment de culpabilité ; dans ses conséquences positives à long terme, etc) ;

- Un travail en profondeur sur les importantes composantes narcissiques et de faible estime de soi. Bien que le travail en groupe soit privilégié, toute séance de groupe est suivie d'un bref entretien individuel avec les participants. Des séances individuelles sont également proposées à certains individus inaptes à travailler en groupe ;

- Le recours à l'usage de méthodes spécifiquement orientées vers des problèmes particuliers. Les méthodes employées ici sont généralement psycho-dynamiques avec recours régulier à l'examen pléthysmographique en tant qu'instrument objectif de mesure de l'excitation sexuelle. Il s'agit ici d'élargir le champ d'attraction sexuelle du patient à d'autres horizons que ceux qui produisent l'agression ; de diminuer la sensibilité sexuelle aux stimuli déviants. Des traitements spécifiquement behavioristes sont également utilisés comme le biofeedback et la punition signalée (une lampe s'allume lors de l'érection sur un stimuli déviant, ce qui signifie que le patient doit être à même de juguler celle-ci en un certain laps de temps faute de quoi il sera prié de respirer une bouffée d'odeur d'ammoniaque ou de viande pourrie). Cette technique associe à un stimulus déterminé une sensation désagréable.

La Belgique, pas plus que la France, n'a réellement généralisée ces pratiques comportementalistes d'inspiration anglo-saxonnes. Le CRASC demeure à ce jour une expérience unique en la matière mais également isolée dans la mesure où d'autres centres officiellement reconnus par l'Etat fédéral ont depuis développé leurs propres méthodes d'inspiration essentiellement analytique comme en France. Après un essor important le CRASC fonctionne aujourd'hui avec des moyens limités.

Pour autant, l'adoption, notamment en France, de concepts comme celui de guidance, la généralisation de la technique groupale, du travail sur la « chaîne de l'agressivité » témoignent bien d'une certaine influence de ces expériences importées du modèle anglo-saxon.

L'Affaire Dutroux en Belgique peut être vue comme le point de départ d'une réorganisation des institutions en la matière même si à partir de 1995, soit un an

auparavant, sont apparus plusieurs lois ou décrets qui visaient à mettre en cohérence la Justice et la Santé en la matière. Il s'agissait globalement de :

- renforcer les condamnations des délinquants sexuels ;
- leur imposer des interdictions professionnelles ;
- les contrôler mieux dans la communauté ;
- organiser des soins obligés à leur intention ;
- améliorer la prévention et le dévoilement des maltraitances en général.

Déjà à cette époque se préparaient les Accords de Coopération (voir document en annexe) qui régissent aujourd'hui la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en Belgique. En 1998 et 1999, le Ministre fédéral de la Justice et les Ministres de la communauté wallonne, flamande et française chargés de la Santé concluent des Accords de Coopération relatifs à la « guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel ». Ces Accords impliquent la nécessité de créer, dans chacune des trois régions « un cadre permettant de guider l'évolution personnelle, relationnelle et sociale d'auteurs d'infractions à caractère sexuel et de favoriser leur réinsertion afin d'éviter la répétition de l'abus sexuel ». Des Centres d'Appui sont désignés à cette occasion, réalisant l'interface entre le secteur de la santé et les secteurs judiciaires et pénitentiaires. Globalement, ils sont investis des fonctions suivantes :

- consultant auprès des équipes spécialisées et des assistants de justice ;
- diffusion des informations scientifiques ;
- mise à disposition d'un soutien logistique pour le diagnostic et le traitement ;
- réalisation de recherches scientifiques sur la question ;
- formations spécifiques à l'intention des équipes de santé.

Pour autant, l'étendue de leurs fonctions diffère quelque peu selon les régions. Ainsi, le centre bruxellois n'a-t-il qu'un rôle d'évaluation, d'orientation et de suivi des dossiers entre la Santé mentale et la Justice. Les centres de la communauté wallonne et la communauté flamande développent eux-mêmes, en plus des activités de formation destinées aux professionnels et aux autres centres spécialisés, des modalités de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Les Accords de Coopération dressent en effet une liste des équipes de santé reconnues pour prendre en charge les auteurs d'agression sexuelles. Ces équipes de santé spécialisées doivent disposer d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la guidance ou le traitement de ces patients. Il ne peut à ce titre s'agir de professionnels exerçant en individuel.

A titre d'exemple nous détaillons ci-après les activités de l'Unité de Psychopathologie Légale (UPPL) implantée à Tournai.

Désignée comme centre d'appui depuis le 8 octobre 1998 et subventionnée à ce titre par le Ministère de la justice, l'UPPL est le produit d'un projet élaboré en 1997 par des psychiatres et des psychologues travaillant occasionnellement (à la demande) auprès des auteurs d'agressions sexuelles en milieu pénitentiaire, après le constat d'un manque crucial de psychiatres disposés à travailler en ce domaine. Ce Centre d'appui effectue :

- **En tant qu'équipe de santé : des prises en charge cliniques** auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel qui sont en liberté ou libérés et sont obligés de se soumettre à un traitement. Les modalités de prise en charge développées à l'UPPL reposent sur plusieurs techniques. Si la technique individuelle par entretien de type analytique y est prédominante des groupes de parole à thème ou groupes de parole dits de formation socio-éducative (dans la lignée de ceux développés par le CRASC) sont également mis en place.

Ainsi, la formation Triangle vise t-elle :

- la responsabilisation : dégager avec le participant sa responsabilité dans les faits commis ;
- la conscientisation : faire prendre conscience au participant que l'acte délictueux pose un problème et le cas échéant, l'aider à élaborer une demande d'aide thérapeutique ;
- le savoir-faire : augmenter différentes aptitudes et habiletés chez le participant : les habiletés sociales ; les capacités d'empathie ; les techniques de prévention de la récidive ;
- l'intégration : aider le participant à s'intégrer d'avantage dans la société tout en favorisant son autonomie (le groupe représentant ici une mini société)

■ **Des missions de soutien aux professionnels**

L'UPPL poursuit deux objectifs au travers des formations qu'elle propose :

- Proposer des modules de formation spécifique à la clinique des transgresseurs sexuels sous forme de cours, conférences, ateliers ou symposiums ;
- Délivrer des certificats de spécialisation.

Il s'agit globalement :

- d'augmenter la compréhension des comportements qui portent atteinte à l'intégrité sexuelle d'autrui ;
- D'améliorer l'aisance des praticiens dans les relations avec cette clientèle spécifique ;
- D'accéder aux méthodes et aux outils spécifiques pour développer les compétences en matière d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de guidance ;
- D'aider les professionnels dans l'optimisation de leurs rôles et mandats à l'égard des personnes et de la société. A ce titre l'UPPL offre également des possibilités de supervision d'équipes chargées de ce type de patient.

Bilan et préconisations

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 ; compte tenu 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. Pour autant, afin de permettre la poursuite du travail engagé et de pallier dans le même temps certains problèmes persistants relevés lors de cette étude, de nouveaux ajustements semblent nécessaires qui donnent lieu à des préconisations.

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 problématiques (judiciaires, pénitentiaires, 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.

B - LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

Dans ce deuxième chapitre, nous allons traiter en priorité la question de la prise en charge des AAS par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), responsables de ce que l'on peut appeler, au sens large, le « volet social » de cette prise en charge. De façon complémentaire, nous aborderons le Projet d'Exécution de Peine (PEP), censé jouer un rôle fédérateur des actions menées auprès des détenus pour une meilleure individualisation de la peine et de la préparation à la sortie. Nous verrons, quant à ce dernier aspect, combien la réalité actuelle est différente des ambitions du projet initial mis en place par l'Administration pénitentiaire en 1996.

I - Les services du SPIP face à une nouvelle réalité

Contrairement à la prise en charge sanitaire, l'idée d'une prise en charge sociale arrive en milieu carcéral avec la réforme pénitentiaire dite AMOR, en mai 1945. Elle préconise l'assistance aux prisonniers pendant et après la peine « *en vue de faciliter leur reclassement* »⁵⁸. En juin 1945 est créé le service social des prisons. Les premiers assistants sociaux affectés en maison d'arrêt⁵⁹ sont recrutés, suivis en 1946, par les premiers éducateurs affectés dans les établissements pour peine. Enfin, en 1958, les comités de probation et d'assistance aux libérés (C.P.A.L.) voient le jour. Par la suite, deux autres dates marqueront l'évolution du service conçu pour la prise en charge sociale des PPSMJ : la création du statut de Conseiller d'Insertion et de Probation (CIP) en septembre 1993⁶⁰ et la création des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) en avril 1999⁶¹, fusionnant les C.P.A.L. (milieu ouvert) avec les Services socio-éducatifs (milieu fermé) dans un même et unique service. Le SPIP assure la continuité du suivi des personnes placées sous main de justice entre le milieu ouvert et le milieu fermé.

⁵⁸ Article 12 de la *réforme AMOR* de mai 1945.

⁵⁹ Circulaire du 29 juin 1945.

⁶⁰ Décret du 21 septembre 1993.

⁶¹ Décret du 13 avril 1999.

Il regroupe des travailleurs sociaux (Assistants de Service Social et Conseillers d'Insertion et de Probation) chargés de mener à bien ce suivi.

Au 1^{er} juin 2005, il y avait 101 SPIP (sièges)⁶² et 204 antennes ou services dédiés au milieu ouvert, fermé ou mixtes⁶³. Au total au 1^{er} janvier 2005, il y avait 2 322⁶⁴ personnels d'insertion et de probation pour une population de 59 197 détenus et -à la même date- 138 855 mesures étaient suivies en milieu ouvert, pour 125 437 personnes placées sous main de justice. Si l'on décompte quelques 200 responsables de siège ou d'antenne (qui ne font pas de suivi), cela fait un ratio d'environ 80 personnes suivies par chaque TS. Ce chiffre varie toutefois considérablement d'un service à l'autre, allant de 70 à 220 suivis par travailleur social, selon les juridictions ou les secteurs⁶⁵. Il y a accord sur le fait que, pour assurer correctement un suivi, l'idéal serait de travailler avec 80 personnes (ou mesures) au maximum même si, comme le soulignent les travailleurs sociaux, cela dépend du type de personne ou de mesure suivies dont les contraintes peuvent être très différentes.

Afin de maintenir une cohérence dans l'organisation du rapport, nous allons séparer les interventions sociales menées en milieu fermé de celles menées en milieu ouvert. Toutefois, comme on l'aura déjà constaté dans les paragraphes précédents, cet exercice relève plus d'un effort de pédagogie que d'une véritable correspondance avec la réalité, les pratiques s'entrecroisant le plus souvent. Le meilleur exemple est celui de la *libération conditionnelle*. Bien que cette mesure aurait eu toute sa place dans la partie consacrée au *milieu ouvert*, son octroi se décidant pendant l'incarcération, nous avons fait le choix de la traiter dans cette première partie -sur *le milieu fermé*-, dans le cadre des aménagements de peines.

1 - Le CIP : une profession en manque d'outils spécifiques à la prise en charge individuelle des AAS

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 J.A.P. et la préparation à la sortie auprès des détenus, en mettant en place tous les moyens propres à favoriser leur

⁶² Le siège du SPIP est la résidence administrative du directeur du service. Il est généralement localisé au chef lieu du département.

⁶³ L'antenne est une unité opérationnelle du service placée sous l'autorité du DSPIP. Il existe une antenne dans le ressort de chaque TGI.

⁶⁴ Le nombre de travailleurs sociaux doit augmenter de presque un tiers avec la formation, actuellement en cours, de 460 nouveaux CIP, dont 180 seront déjà stagiaires en octobre 2006 et le recrutement de 300 autres CIP qui débiteront leur formation à l'ENAP en septembre 2006.

⁶⁵ Ce calcul reste très approximatif compte tenu des nombreux postes qui apparaissent dans le chiffre total et qui ne sont pas sur le terrain, pouvant être affectés, par exemple, à la DAP, à l'ENAP ou aux Directions régionales. Ou pouvant être en congé de maternité, arrêt de maladie, etc.

réinsertion et la prévention de la récidive. Un suivi social a par conséquent de multiples facettes.

L'étude montre que, tout en reconnaissant les spécificités propres aux AAS, une large majorité des personnels d'insertion et de probation disent avoir auprès de cette population un rôle qu'ils définissent globalement comme *classique* en ce que, hormis les rares exceptions que nous analyserons plus loin, leurs actions ne se différencient guère de celles menées auprès d'autres catégories de détenus.

Dans un premier temps, les CIP s'occupent donc du suivi en détention ; ils travaillent parallèlement sur le passage à l'acte et sur le sens de la peine. Néanmoins, les travailleurs sociaux reconnaissent être rapidement confrontés aux particularités de la population et aux difficultés d'aborder les conditions de ce passage à l'acte, compte tenu du processus de négation des faits - total ou partiel - qui constitue l'une des caractéristiques du fonctionnement psychique de cette population. Cela les conduit à passer rapidement le relais aux intervenants psychologues ou psychiatres. Les intervenants sociaux se disent globalement assez démunis vis-à-vis de cette population très peu réactive au face-à-face traditionnel auquel ils ont été formés.

« Le premier travail c'est d'abord de travailler sur le sens de la peine, donc ça c'est valable pour tous les détenus. Mais alors qu'est-ce que le sens de la peine pour le délinquant sexuel ? C'est la question. Nous c'est bien sûr d'entamer une réflexion sur les faits, sur les raisons de leur passage à l'acte. Parce que certains, quand ils arrivent ici, ils n'ont pas fait aucun travail sur la condamnation. C'est à mon sens l'essentiel en matière de prévention de la récidive, quelqu'un qui n'a pas compris pourquoi il est là et peut-être encore plus en matière de délinquance sexuelle, en tout cas pour nous c'est essentiel qu'il travaille sur les faits, sur la condamnation. Donc là, notre travail c'est d'orienter les détenus vers les services compétents, notamment vers les psychologues et tout ça, et puis aussi d'orienter vers le groupe de parole, donc on travaille en collaboration avec lui (le psychologue pep), on en parle avec lui quand il nous semble que ce serait intéressant pour une personne de participer à ce groupe de travail. » (Un CIP d'un CD)

En effet, peu formés en la matière, les CIP ne se considèrent pas suffisamment armés pour accomplir un travail de fond avec les AAS. Il faut indiquer que la formation initiale des CIP comporte, sur un total de 995 heures d'enseignement, 18 heures uniquement sur le sujet des auteurs d'infractions à caractère sexuel⁶⁶.

⁶⁶ Voir en annexe le programme de la formation initiale CIP.

« Il y a des formations qui sont dispensées, il y a des formations qui existent sur les délinquants sexuels, j'en ai suivie une. Par contre, c'est vrai que dans la formation initiale, il n'y a rien, quand j'ai débarqué à X, c'est « débrouille-toi tout seul ». C'est-à-dire comment appréhender une personne lors d'un entretien. C'est vrai que c'est aussi un apprentissage d'aborder un entretien avec un délinquant sexuel, c'est sûr que c'est pas facile. Parce qu'il y a quand même une spécificité, ça c'est indéniable. » (Un CIP d'un CD)

Cette carence peut être compensée par des formations continues qui sont offertes à l'E.N.A.P.⁶⁷ ou par des formations programmées par les Directions régionales de l'AP. Dans les trois CD à grande concentration d'AAS, au moins un ou deux membres du service a participé à des formations spécialisées offertes par l'ENAP ou par l'ARTAAS. Il faut souligner que si les équipes de santé mentale sont fortement impliquées dans les formations et les activités de cette association, les travailleurs sociaux n'ont bénéficié jusque là que de façon très marginale des activités de l'ARTAAS. Bien que sa vocation soit pluridisciplinaire, cette association a été créée et est traditionnellement dirigée par des psychiatres (voir *supra*). Par conséquent, elle est fortement centrée sur l'approche psychologique du problème.

Les travailleurs sociaux disent ne pas rencontrer de difficultés majeures dans le dialogue avec les AAS, parce qu'il s'agit d'une population qui « se gère bien » ; peu portée vers le conflit. Ils reconnaissent cependant que ces personnes ont une forte demande d'écoute. Elles éprouvent l'envie d'établir des relations de confiance que les travailleurs sociaux ne sont pas toujours en mesure de gérer parce qu'ils s'estiment insuffisamment armés pour affronter les difficultés inhérentes à cette population. En outre, ils doivent faire face à la surcharge de travail qui ne cesse d'augmenter et ils consacrent également une partie de leur temps à la préparation des C.A.P. qui leur demande de plus en plus d'investissement. On note, par ailleurs, que dans le relationnel avec les AAS., les travailleurs sociaux provenant du corps d'assistants sociaux se disent en général plus à l'aise que les CIP.

Il faut noter, à ce sujet, que les nouvelles générations de CIP sont actuellement à 80% issus d'une licence ou d'une maîtrise en droit –voire un master II-⁶⁸. Selon quelques interlocuteurs, cela s'expliquerait par le type d'exigences du concours de recrutement mais aussi par les nouvelles missions demandées aux CIP⁶⁹, ou encore par le type de promotion des concours (dans les facultés de droit et les Instituts d'Etudes Judiciaires). Cette tendance s'est accentuée depuis la deuxième moitié des années 90. On constate

⁶⁷ En 2006, par exemple, deux actions de formation continue sont programmées à l'ENAP, une sur « *Les soins pénalement ordonnés* », co-organisée avec l'ENM (3 jours) et une deuxième sur « *Délinquances sexuelles : politiques de prévention et prise en charge des auteurs* », Rencontres Inter Professionnelles de Service Public (3 jours).

⁶⁸ Voir chiffres du Département d'évaluation de l'ENAP.

⁶⁹ Depuis la réforme des personnels d'insertion et de probation. Voir, notamment Décret n° 93-1114 du 21 septembre 1993 « relatif au statut particulier du personnel d'insertion et de probation de l'Ap » ; et Circulaire du 21 novembre 2000, « relative aux méthodes d'intervention des travailleurs sociaux des SPIP ».

également que le rôle des CIP auprès des populations pénales est de plus en plus dominé par la connaissance en droit, au détriment de la connaissance en matière de travail social. Cela peut expliquer en partie certaines difficultés rencontrées par les CIP dans leurs relations avec cette population -dont nous verrons tout de suite les spécificités-, ainsi que face aux attentes institutionnelles et sociales de plus en plus pressantes.

1-1 Quelles pratiques professionnelles pour un suivi pas comme les autres ?

Si la formation initiale des CIP ne permet pas d'affiner une connaissance particulière des AAS., ces professionnels vont très rapidement, par la pratique, essayer d'adapter leurs réponses professionnelles aux besoins spécifiques de cette population. Nous analyserons ci-après les difficultés que les travailleurs sociaux vont néanmoins devoir affronter face à des contraintes dictées par une réalité qui diffère, à plusieurs niveaux, de celle des autres détenus : par rapport au sens de la peine, au maintien des liens familiaux, aux aménagements de peines ; ou encore, dans le cadre de la préparation à la sortie et du suivi post-carcéral.

■ **L'expertise psychiatrique : un outil pour travailler le sens de la peine**

Ce n'est donc pas surprenant que les travailleurs sociaux interrogés expriment le fait que les expertises psychiatriques et psychologiques réalisées auprès des AAS. pendant l'instruction constituent l'une des matières premières permettant de guider leur travail, car elles leur donneront, plus que les autres éléments du dossier pénal, les informations dont ils auront besoin pour entamer un travail sur l'infraction commise et sur le sens de la peine. Et si les expertises produites pendant l'instruction permettront 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'avancement 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 que, depuis la loi de mai 1998, elle va être un élément fondamental de l'exécution de la peine et même de son aménagement.

En effet, compte tenu des difficultés que les personnels d'insertion et de probation rencontrent dans leur travail auprès des AAS (sur l'amendement, la victime ou l'infraction), les expertises vont également permettre de faire « un retour » au détenu et d'établir l'impossible dialogue sur le passage à l'acte. Il faut rappeler que, pendant la détention, ce sera la seule information « objective » dont disposera le travailleur social (et le J.A.P.) concernant l'évolution psychologique de la personne et sur l'éventuel travail sur soi-même qui a pu être entamé par le détenu suite à la condamnation. En effet, comme il a déjà été indiqué, les personnels de santé intervenant dans les UCSA ou SMPR, en respect du secret professionnel, se défendront de communiquer une quelconque information aux partenaires pénitentiaires ou judiciaires sur l'évolution psychologique des détenus. Cela constitue d'ailleurs l'une des difficultés majeures soulevées par l'étude : le

partenariat entre personnels de santé, personnels pénitentiaires et magistrats, partenariat pourtant nécessaire à une prise en charge globale du détenu.

« Alors nous, bien entendu, on n'est ni psychologue ni psychiatre, donc la difficulté c'est de pouvoir se faire une opinion sans être dans le jugement, donc il y a quelque chose d'intéressant pour nous c'est les expertises psychiatriques, et notamment l'expertise psychiatrique intermédiaire qui est faite en cours de la détention. On part de la première qui est faite lors de l'instruction, qui fait un premier état des lieux, il y a celle qui est faite en détention notamment ici à et qui montre s'il y a eu une évolution et notamment une réflexion sur les faits, sur le passage à l'acte...(...) On a accès à l'expertise et on fait un retour systématique avec les détenus des conclusions de l'expertise. Quand l'expertise revient, on va voir le détenu et on en parle. On leur signifie le contenu de l'expertise. Donc nous ça nous permet un peu de confronter notre opinion par rapport à ce qu'on fait les exercé...déjà c'est une première information pour eux, de savoir un peu ce qu'en pensent les médecins. Ca c'est vraiment pour moi une phase incontournable, il faut savoir que la juge fait la même chose, la juge leur fait le retour des expertises aussi, systématiquement, puisque c'est la juge qui reçoit et qui leur donne, qui décide de leur faire passer. » (CIP d'un CD)

Malgré cette pratique observée chez certains CIP, de mener un travail avec les AAS. autour de l'expertise, il faut souligner que certains J.A.P. interrogés ont regretté le fait que ce travail ne se fasse pas de façon plus systématique. Selon leurs observations, de nombreux détenus arrivent, lors du débat contradictoire qui se tient à la suite d'une demande d'aménagement de peine, sans connaître les résultats de l'expertise et sont donc dans l'impossibilité d'adopter une position claire sur ce point. Ces mêmes J.A.P. souhaiteraient ainsi voir les expertises discutées par les thérapeutes, en amont, avec les détenus.

■ **Le maintien des liens familiaux : une mission particulièrement difficile à accomplir avec les AAS.**

« C'est vrai que ça entraîne (l'infraction) très souvent une difficulté d'aller dans la famille, surtout avec l'épouse et les enfants ; il reste quand même souvent la valeur sûre qui est la mère, et les frères et sœurs, c'est pas toujours une rupture totale, c'est vrai que c'est difficile avec la famille, pas toujours aussi, mais il s'accroche plus effectivement du côté parental et du côté frères et sœurs plutôt que du côté familial. » (Assistant Social d'un CD)

Dans la mesure où le délit (qu'il s'agisse d'inceste ou de toute autre infraction à caractère sexuel) touche à certains aspects fondamentaux de la relation au conjoint et, plus largement de la relation familiale, des difficultés particulières se posent ici en ce qui concerne le maintien de ces liens. En brisant un certain nombre de tabous, ce type d'infraction va venir faire peser sur l'ensemble de la famille – et pas seulement l'auteur

de l'agression- un opprobre social très fort, doublé d'une méconnaissance des dessous psychologiques voire psychiatriques de tels actes.

Parfois, c'est le détenu lui-même qui fait le choix de rompre toute relation familiale. Il exprime ainsi le besoin de s'éloigner pour tenter de se reconstruire tant bien que mal et d'éviter tout regard extérieur susceptible de lui renvoyer l'image détestable de lui-même dont il essaye de se défaire en prison.

Un premier travail du CIP et de toute l'équipe pénitentiaire est de s'efforcer de ne pas adhérer à ces représentations extrêmement violentes et négatives dans le but d'établir avec le détenu une relation de travail stable. Le fait *d'humaniser* la relation avec ces détenus est un préalable à toute intervention individuelle ou collective. Nous avons constaté combien les équipes professionnelles, tous services confondus, travaillent à lutter contre leurs propres préjugés et *a priori* en ce qui concerne cette population.

Ces circonstances ne font que rendre plus compliqué le maintien d'une relation familiale qui est déjà en soi difficile à entretenir pour toute personne incarcérée. Comptant le maintien des liens familiaux parmi leurs missions, les travailleurs sociaux sont donc confrontés, avec cette population, à des difficultés toutes particulières. Néanmoins, il a été indiqué par les services rencontrés que, malgré les idées reçues, l'individu incarcéré n'est pas systématiquement abandonné par sa famille. Dans une majorité de cas, le cercle le plus immédiat de la famille (parents, frères et sœurs) continue à soutenir la personne.

La longueur des peines et les difficultés pour bénéficier d'aménagements ou de sorties sont des facteurs supplémentaires qui compliquent le maintien des liens familiaux chez cette catégorie de détenus. Si on ajoute à cela le fait, déjà abordé, de leur affectation massive dans des établissements peu accessibles sur un plan géographique, on comprend la difficulté que représente pour les travailleurs sociaux –et pour le détenu lui-même- l'entretien des liens familiaux. A leur sortie de prison ils se retrouveront, dans bien des cas, dans une situation d'isolement plus importante encore que d'autres détenus libérés.

Ainsi, les contacts réalisés, les relances adressées par les CIP, ne sont pas toujours suivis de réponses de la part des familles. On constate également l'existence, plus fréquente que chez d'autres catégories de détenus, d'AAS. à qui personne ne rend jamais visite aux parloirs. Cela développe chez eux des comportements dépressifs avec lesquels tous les personnels doivent composer. Rappelons que les risques de suicide chez les personnes incarcérées pour des délits d'agressions sexuelles sur mineurs sont quatre fois plus élevés que chez les auteurs de délits contre les biens commis sans violence⁷⁰.

⁷⁰ Guillonnet M., « Suicides en détention et infractions pénales », *Cahiers de démographie pénitentiaire* n° 12, DAP, nov. 2002.

Il faut également composer, dans cet effort de maintien des liens familiaux, avec les diverses mesures qui accompagnent souvent la peine principale comme l'interdiction de rencontrer certains membres de la famille.

En étroite relation avec ce qui vient d'être dit, on évoque une nouvelle situation qui, depuis l'adoption de la loi Perben II se présente de plus en plus souvent et qui peut rendre encore plus difficile une éventuelle reprise de la relation familiale, notamment chez les détenus incarcérés pour inceste. Il s'agit d'un nouveau type de décision qui émerge fréquemment à la fin de la peine : l'octroi des réductions de peine à titre conditionnel. Avec cette nouvelle disposition (prévue à l'article 721-2 et 721-1 du Code de Procédure Pénale), toute personne sortant de prison est susceptible de voir les réductions de peine octroyées pendant l'incarcération se transformer en un suivi comprenant certaines obligations. Par exemple, un individu bénéficiant d'une réduction de peine de 10 mois peut être suivi pendant une période supplémentaire équivalente, tout en respectant un certain nombre d'obligations.

Pour autant, l'intervention du SPIP n'est pas prévue par les textes dans ces situations. Cela compromet de toute évidence la bonne exécution de la mesure. D'un autre côté, certains travailleurs sociaux du SPIP de Mauzac -où la mesure s'applique de plus en plus souvent pour les AAS. sortants de prison-, soulèvent une contradiction à laquelle ils ont été confrontés et qui rend, selon eux insaisissable la dimension éducative de la mesure. Dans certains cas, l'imposition de deux obligations peuvent apparaître antinomiques comme s'abstenir d'une part de rentrer en contact avec la victime et d'indemniser d'autre part la partie civile.

Ainsi, il nous a été rapporté le cas d'un père incestueux pour lequel une thérapie familiale avait été entreprise pendant la détention, avec l'intervention d'un ethnopsychiatre. Dans ce cadre, des rencontres au parloir entre le père et l'une de ses victimes avaient été organisées. Nonobstant, lorsque le détenu est sorti de prison, l'obligation lui a été imposée de ne plus rentrer en contact avec la victime pendant les 10 mois qui correspondaient aux réductions des peines. C'est donc tout l'effort de reconstruction du lien familial, de reconnaissance de la victime et de travail sur le passage à l'acte qui s'est ici vu remis en cause et finalement annihilé. Par là même, l'investissement des travailleurs sociaux et autres personnels dans la mise en place de ces rencontres a été réduit à néant.

Il apparaît, par ailleurs, que quand une expertise soulève quelques doutes, des précautions particulières sont prises par le parquet qui demande l'application de cette nouvelle disposition. Une dizaine de décisions de ce type auraient été rendues à Mauzac en 2005, décisions qui n'ont pas été suivies par les travailleurs sociaux, faute de cadre

légal. Cela risque de compliquer davantage encore la reprise, déjà périlleuse, de liens familiaux pour cette population⁷¹.

Il convient de préciser que parmi les situations évoquées par ces acteurs de terrain, nombre d'entre elles seraient actuellement éligibles à la surveillance judiciaire établie par la loi du 12 décembre 2005 et précisée depuis par le décret du 30 mars 2006. En effet, pour les détenus condamnés à une peine privative de liberté supérieure ou égale à dix ans et à l'encontre desquels un suivi socio judiciaire n'a pas été prononcé, la surveillance judiciaire permet de les soumettre à de nombreuses obligations, comme par exemple :

- répondre aux convocations du JAP ou du travailleur social désigné ;
- recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de ses moyens d'existence et de l'exécution de ses obligations.

Dans ce cas, le travailleur social retrouve toute sa place et peut assurer l'accompagnement nécessaire vers la réinsertion du libéré. Par ailleurs, le décret sus cité fixe un cadre légal à leur intervention auprès des personnes faisant l'objet d'une réduction de peine conditionnelle (art. D.574 *in fine*).

Un dernier exemple particulièrement représentatif de la rupture des liens entre les auteurs de délits sexuels et leurs proches, nous a été donné à Casabianda. Il s'agit de cas extrêmes d'abandon par la famille des dépouilles d'individus décédés lors de leur détention. Pour pallier ces situations, l'Administration pénitentiaire a fait construire un cimetière dans l'enceinte même du lieu de réclusion.

*« On a eu le cas d'un monsieur qui était en fin de vie, il est sorti mais du fait des délits commis, sa famille ne voulait plus l'accueillir. Il y avait juste une de ses sœurs qui était restée en contact avec lui. La question s'est posée de savoir comment il allait être enterrée, puisqu'il est resté en Corse. Sa sœur lui avait gardé scrupuleusement sa part de l'héritage parental, qui a servi après à payer son enterrement, mais personne ne voulait de lui. Et il était clair, compte tenu de la gravité des faits commis, que la famille ne souhaitait pas faire d'obsèques et donc c'est le travailleur social qui s'est trouvé à s'occuper en lien avec la clinique, de la question des obsèques. A Casabianda c'est vrai qu'on a un petit cimetière et parfois les familles récupèrent les corps mais il arrive, pas trop souvent mais ça arrive, on a un petit cimetière où sont enterrés un certain nombre de détenus qui n'ont pas été récupérés par leur famille. Ils sont décédés ici. »
(Assistante sociale du CD de Casabianda)*

■ Des aménagements de peine en peine chez les AAS

⁷¹ Cette reprise de relation est pourtant importante par rapport à la récidive. Par exemple, une étude sur les taux de récidive des condamnés à une longue peine montre que les personnes mariés ont un taux de récidive moins élevé que les autres, indépendamment de leur âge (15% contre 20%). Kensey, A., Longues peines : 15 ans après, *Cahiers de démographie pénitentiaire n° 14*, DAP, février 2004.

« Il se trouve qu'aujourd'hui les magistrats on leur met une pression, dans le cadre d'incidents dans une libération conditionnelle, quelque part on va chercher la responsabilité du magistrat qui a mis la personne sous libération conditionnelle. C'est sûr qu'en fonctionnant comme ça, on risque pas d'y arriver. Je crois que là aujourd'hui on se trompe et que les gens feraient bien de comprendre que le véritable intérêt c'est de mettre plus de gens en libération conditionnelle, surtout qu'on a les structures à l'extérieur pour les suivre, le SPIP en milieu ouvert est là pour ça. Voilà ça c'est essentiel. Maintenant de spécifique pour la sortie non, si ce n'est de les inciter à continuer un suivi psychologique à l'extérieur. » (Un DSPIP)

A l'instar des différents types d'aménagements de peines, les libérations conditionnelles sont en baisse en France depuis plusieurs années. Le rapport Warsmann constatait déjà que « les sorties sèches sont aujourd'hui plus nombreuses que jamais »⁷². Une étude réalisée à ce propos montrait que 82% des condamnés libérés n'avaient bénéficié ni d'un placement à l'extérieur, ni d'une mesure de semi-liberté, ni d'une libération conditionnelle⁷³. En 2004, le nombre total de libérations conditionnelles accordé a été de 6 480. Cela représente 4,7% des mesures suivies en milieu ouvert⁷⁴. Les personnes placées en libération conditionnelle sont suivies par les services du SPIP, sous le contrôle du J.A.P. Dans le cadre de cette étude, il n'a pas été possible d'établir combien de personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel ont bénéficié d'une libération conditionnelle ces dernières années ; ou, *a contrario*, de connaître le nombre de celles qui n'en n'ont pas bénéficié à cause du rejet de leur demande. Cependant, les travailleurs sociaux évoquent des difficultés grandissantes lors de la constitution du dossier d'aménagement de peine concernant ces détenus.

Parallèlement, les aménagements sont de plus en plus inaccessibles en raison de la longueur des périodes de sûreté. Par ailleurs, 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 J.A.P. 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 tandis que 4,4% sont accordées aux auteurs de viols.

⁷² Warsman JL, *Les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation à la sortie de prison*, Rapport rendu au Garde des Sceaux, avril 2003, p. 55

⁷³ Tournier P., Kensey A., *L'exécution des peines privatives de liberté. Aménagement ou érosion ? Questions pénales XIV.5, déc. 2001, CESDIP*

⁷⁴ Les chiffres clés de l'Administration pénitentiaire, DAP, décembre 2005.

« Quelque chose qui bloque c'est les périodes de sûreté et certaines catégories de personnes sont vues par 3 psychiatres qui donnent une synthèse. Quand il y a un détenu particulièrement dangereux, avec un risque de récidive majeur, c'est sûr que là il ne sort pas. Bon, il ne sort pas en permission ou en conditionnelle mais un jour on le libère et il sera toujours aussi dangereux que la veille. (Un Assistant social d'un CD)

En conséquence, les travailleurs sociaux regrettent de subir une politique dont ils attribuent les causes à la pression institutionnelle et médiatique qui pèse sur les magistrats. Cette situation conduit, selon eux, à un paradoxe inquiétant : ce sont les détenus dont le risque de récidive est théoriquement estimé au plus bas (ce qui exclu généralement les AAS), qui finissent par bénéficier d'une libération conditionnelle et donc d'une réelle période de probation comportant l'accompagnement nécessaire à la réinsertion. *A contrario*, les individus perçus comme étant les plus dangereux ne bénéficieront que très rarement d'une mesure de réinsertion sociale contrôlée sur un plan judiciaire et devront se contenter le plus souvent d'une sortie dite « sèche ». Pourtant, les statistiques montrent que le taux de récidive chez les détenus qui ont bénéficié d'une libération conditionnelle avant la fin de leur peine est, en moyenne, près de 25% inférieur à celui de ceux qui n'en ont pas bénéficié⁷⁵. Le rapport Warsmann soulevait également la baisse du nombre de libérations conditionnelles prononcées tout en constatant que « *le taux d'échec des personnes admises au bénéfice de la libération conditionnelle, qui existe depuis 1885, est très faible* »⁷⁶

De leur côté, les J.A.P. interviewés refusent l'hypothèse de décisions prises sous la pression et attribuent plutôt la situation aux nouvelles contraintes fixées par la loi. Ils reconnaissent néanmoins être plus « vigilants » dans l'attribution de ce type d'aménagement vis-à-vis des AAS. Ils décrivent leur travail auprès de cette population comme se faisant « au cas par cas », à travers une évaluation individualisée des caractéristiques de chaque détenu. Certains précisent toutefois qu'ils exigent comme préalable à l'attribution d'une libération conditionnelle, la reconnaissance des faits par le détenu. Ils considèrent donc appliquer ces mesures en toute conscience et liberté en s'inscrivant dans une démarche d'individualisation de la peine, sans céder à la pression médiatique ou institutionnelle. A titre d'exemple, en évoquant le cas de Fresnes, où il rencontrait régulièrement des détenus atteints de maladies somatiques graves, un J.A.P. expliquait l'application de sa part –sans retenue- de la loi Kouchner, auprès des AAS.

En revanche, une difficulté soulevée par les magistrats pour l'octroi des LC concerne la prise en charge psychologique et psychiatrique des détenus, aussi bien en milieu fermé qu'en milieu ouvert. Ils regrettent ainsi les carences existantes en personnel spécialisé dans les établissements pénitentiaires pour assurer une véritable prise en charge psychologique des AAS. Cela constitue, à leurs yeux, un frein pour les perspectives

⁷⁵ Voir Kensey A., et Tournier P., Sortants de prison : variabilité des risques de retour, Cahiers de démographie pénitentiaire n° 17, mai 2005. La moyenne du « taux de retour », toute catégorie d'infractions confondues, est de 32.6% pour les détenus en fin de peine et de 23.6% pour les détenus ayant bénéficié d'une libération conditionnelle.

⁷⁶ *Ibidem*.

d'aménagements de peines ainsi que pour la lutte contre la récidive, dans la mesure où les demandes de soins ne sont pas, la plupart du temps, convenablement satisfaites par les psychologues ou psychiatres, faute de personnel. Pour les magistrats, cette situation est en contradiction avec le discours officiel qui donne la priorité à la lutte contre la récidive ; il en va de même en ce qui concerne le manque de personnel nécessaire, au niveau du SPIP, à l'application des mesures en bonne et due forme.

Quant à l'incitation aux soins des détenus incarcérés, prévue par la loi de juin 1998⁷⁷, les J.A.P. acceptent volontiers qu'elle puisse provoquer un changement d'attitude chez les détenus, y compris chez ceux qui n'iaient, totalement ou partiellement, les faits au départ. Les magistrats disent souvent observer une évolution dans la reconnaissance de la responsabilité de l'acte commis. Avec le recul, ils considèrent que cette mesure est globalement positive, notamment parce qu'elle impose au J.A.P. d'effectuer une rencontre, tous les six mois, des détenus condamnés à un SSJ avec injonction des soins.

Selon les magistrats, un autre obstacle se greffe à ceux déjà évoqués. 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. Si quelques magistrats disent comprendre et respecter le secret professionnel, d'autres (notamment ceux travaillant en milieu fermé), considèrent qu'il serait souhaitable de travailler tous ensemble « *dans un secret professionnel partagé* » car « *on travaille tous en aveugle, on avance tous avec des oreillettes ...on ne peut pas travailler dans le cloisonnement* ».

Un aspect considéré comme fondamental par les J.A.P. est la continuité des liens à mettre en place entre la fin de la détention et le suivi après la sortie. Selon des études réalisées, au moins deux tiers des sorties se font sans suivi (sorties « sèches »)⁷⁸ avec perte de la trace des détenus, et plus particulièrement celle des détenus sans domicile fixe pour lesquels les services ne disposent d'aucune adresse officielle.

Il faut indiquer enfin un sujet sur lequel s'accordent tout autant les travailleurs sociaux que les magistrats : le fait que la préparation et la teneur des C.A.P. sont devenues de plus en plus lourdes. La complexification des missions du SPIP se manifeste ainsi par l'accumulation des missions qui leurs sont confiées.

Il y a donc de plus en plus d'obligations pour les professionnels ; et si cette judiciarisation de l'application des peines est considérée par les uns et les autres comme

⁷⁷ Voir Art. 131-36-4 al. 2 du CP et Art. 721-1 du CPP

⁷⁸ Tournier P., et. Kensey A., Aménagements des peines privatives de liberté, des mesures d'exception, *Questions Pénales, Juin 2000-XIII.3*, CESDIP.

une véritable avancée dans le respect des droits des détenus, elle génère également un besoin nouveau en termes de moyens humains, sociaux et judiciaires. Les CIP voient ainsi diminuer progressivement le temps qu'ils sont en mesure de consacrer aux autres missions collectives, comme les activités socioculturelles et professionnelles, les relations avec l'extérieur ou même l'organisation des groupes de parole ; le risque étant celui de voir réduire leur rôle à celui d'assistants de justice au détriment de celui d'agents d'insertion. Enfin, les juges de l'application des peines voient également leur charge de travail progresser, ce qui rend impossible tout travail effectué en profondeur auprès des AAS. -ou d'une autre catégorie de détenus. Cela est d'autant plus regrettable que l'on s'accorde sur le fait que le profil criminologique d'un certain nombre de ces infracteurs (hormis les « pervers ») fait d'eux des personnes craignant tout particulièrement l'institution judiciaire et ses représentants. Il faut rappeler que le système de l'exécution des peines repose actuellement sur 240 JAP (au 1^{er} janvier 2005) pour assurer le suivi de plus des 59 000 détenus et 125 437 condamnés en milieu ouvert.

■ Une préparation à la sortie et une sortie également difficiles

« On n'a pas d'actions collectives ou de prise en charge globale sur la spécificité d'un acte d'autant qu'auteur d'infraction à caractère sexuel c'est plusieurs types d'actes qu'il faudrait peut-être sérier un peu mais c'est vrai qu'on n'est pas rentré dans cette approche-là et dans ce genre de travail. On est plus sur une préparation individuelle de chaque détenu à sa sortie en prenant en compte la globalité de ses problèmes parmi lesquels il y a effectivement l'acte et ses conséquences et ses causes, donc je crois qu'on est plutôt là-dessus avec effectivement l'accent mis sur le besoin d'une sortie cadrée ou accompagnée chez ces gens-là, ils rentrent facilement dans une banalisation de leur acte et de leur problématique pour éviter ensuite d'avoir à l'aborder dans un travail de suivi psychothérapeutique ou autre » (...)

« Ceux qui ont été condamnés pour inceste on va dire, souvent même, c'est des gens qui sont pratiquement insérés dans la société, donc préparer la sortie c'est pas très compliqué, souvent les employeurs reprennent ces gens-là, c'est pas le plus difficile. Nous simplement, c'est pour tout le monde pareil, préparation de la sortie, alors dans le cadre de l'aménagement de la peine, il faut un travail et un hébergement et pour eux spécifiquement on essaye. » (Un CIP d'un CD)

Les schémas traditionnels sur lesquels se fonde le travail des CIP sont bouleversés par les particularités de la population des AAS. En effet, contrairement aux autres catégories de détenus condamnés à de longues peines, présentant des difficultés d'insertion sociale, les AAS. sont, pour la plupart d'entre eux, des personnes qui jouissaient, avant leur entrée en prison, d'un emploi, d'un logement et d'une vie familiale relativement stable.

«Ce n'étaient pas des gens qui étaient désocialisés, ce sont des gens qui ont souvent une bonne formation professionnelle quelle qu'elle soit, c'est pas des marginaux au sens qu'on peut entendre dans les prisons traditionnelles, ce sont des gens qui souvent avaient un bon métier, et qui gagnaient bien leur vie, qui étaient bien insérés, qui étaient plutôt de bons professionnels. » (Un assistant social d'un CD)

Aux dires des services, le retour à l'emploi ne constitue pas la difficulté majeure de ces détenus à leur sortie de prison. Dotés parfois d'un niveau de qualification supérieur à la moyenne, il arrive même –chose tout à fait exceptionnelle pour un individu sortant de prison- qu'ils soient à nouveau recrutés par leurs anciens employeurs.

En revanche, d'autres difficultés apparaissent souvent lors de la sortie : d'une part, la rupture familiale dont nous faisons état plus haut et, d'autre part, l'âge, en moyenne, plus élevé pour ces détenus que pour le reste des détenus. En effet, tandis que l'âge moyen des détenus en France est de 34 ans et 2 mois⁷⁹, celui des auteurs d'agressions

⁷⁹ Les chiffres clés de l'Administration pénitentiaire (2004), décembre 2005.

sexuelles est de 44 ans⁸⁰, la moitié d'entre eux étant âgés de plus de 50 ans⁸¹. Par ailleurs, les peines qui leur sont infligées sont en moyenne plus longues que pour le reste des détenus. Ils représentent également ceux dont la part la plus importante de la peine est exécutée en prison : 68,66% des cas pour les auteurs de viols contre 62,6% pour les auteurs d'homicide, en raison de l'exécution de périodes de sûreté qui ont été allongées depuis la loi n° 94-89 du 1^{er} février 1994. Ces différents éléments compliquent le travail des CIP dans la perspective de réintégrer ces personnes à la vie en société, à leur sortie de prison.

« Moi je reste persuadé quand même que la libération conditionnelle est appropriée et que malheureusement, ou pour faire simple, il vaut mieux que la personne sorte en libération conditionnelle que de manière sèche sans aucun suivi. Voilà c'est d'une banalité déconcertante, mais malheureusement c'est pas ce qui arrive, voilà. Et malheureusement on a des gens qui posent des libérations conditionnelles, des fois avec des profils difficiles on est bien d'accord, à qui on dit non et qui après sortent sans rien, sans aucun suivi, sans aucune mesure de contrôle. » (Un CIP d'un CD)

Les problèmes de logement rencontrés par certains détenus âgés en fin de peine, dépourvus de tout soutien familial, sont également souvent évoqués. Les travailleurs sociaux se heurtent par ailleurs à la difficulté de les placer dans des foyers ou maisons d'accueil pour personnes âgées qui refusent souvent de recevoir des individus ayant commis ce type d'infraction. C'est en particulier l'un des obstacles majeurs auxquels font face les individus sortant de Casabianda.

On souligne, enfin, l'évolution qui s'est opérée dans les centres d'hébergement avec lesquels existait déjà un partenariat. Ces centres ont tous souffert de l'augmentation et de la diversification de la demande en provenance d'un nombre, à chaque fois plus important, de personnes en détresse et sans abri.

Nous reviendrons, dans la deuxième partie, sur d'autres difficultés de la sortie concernant ces détenus : le suivi post-carcéral et, plus concrètement, le suivi socio-judiciaire.

⁸⁰ Comme le montrent les statistiques présentées en introduction.

⁸¹ Kensey A., Vieillir en prison, *Cahiers de démographie pénitentiaire* n° 10, nov. 2001.

« L'éloignement des familles c'est plus compliqué. La difficulté elle est multiple, bon il y a ceux qui sont totalement isolés, parce qu'ils sont coupés à la fois par le fait de leur famille, certains ont maintenu des liens mais d'autres non, alors là ça devient très compliqué parce que, il y a quelques années de ça, il y avait des centres d'hébergement : on travaille très bien avec eux et il y avait de la place. Ce n'était pas surbooké comme aujourd'hui. Aujourd'hui ils accueillent non seulement les gens qui sortent de prison, mais aussi les gens qui n'ont pas d'abris, enfin tout un tas de gens, qui fait qu'il y a très peu de places dans les centres d'hébergement. Et là où on a de plus en plus de difficultés avec ma collègue, c'est de trouver un point de chute à quelqu'un qui n'a pas une famille qui l'accueille à sa sortie. Ça ça devient très compliqué, pour nous et même pour les autres. Parce que la société a tellement bougé il y a tellement de gens malheureusement qui sont sans travail et autres, tous ces foyers qui étaient avant presque désireux, presque demandeurs de population pénale sortant de prison, maintenant il faut s'y prendre très à l'avance. Car parfois ils disent oui, il n'y a pas de problème, et jusqu'à ce qu'on parle de ce pourquoi ils ont été incarcérés, même enfin je ne donne jamais de détail mais bon, quand on demande le pourquoi, tu peux pas sans donner de détails, tu es obligé de dire ce qui les a amenés en prison, et là compte tenu de tout ce qui, enfin les médias, ce que vous savez sur ce genre de population, alors après on nous invente, ah ben il n'y a plus de place, on est désolés, on peut pas. Et ça c'est un problème. C'est vrai que la mauvaise réputation, et parfois pas à tort, de récidive ou autres qui entraînerait des difficultés pour le foyer qui hébergerait. Donc ils hésitent quand même. Donc voilà c'est l'étiquette qui pèse. Et ça c'est compliqué, ou ils ont des familles ou des amis pour les accueillir, alors ce qu'on voit beaucoup c'est que les premiers qui sortent d'abord, accueillent les autres, il y a une espèce de solidarité qui se crée à la sortie. Oui parce que c'est des longues peines donc ils ont le temps de bien se connaître et de créer des liens entre eux, ils restent entre 5 et 6 ans ensemble quand même. » (Un assistant social d'un CD)

Les différents aspects évoqués montrent combien les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux se voient bouleversées par la prise en charge individuelle d'une population qui présente, par rapport à d'autres, un nombre important de singularités et de paradoxes : considérés comme posant peu de problème en matière de surveillance, les AAS présentent néanmoins des caractéristiques spécifiques qui nécessitent une attention et un traitement particuliers. Il s'agit, par-dessus tout d'une population dont les difficultés sont importantes au moment de la sortie de prison. Des difficultés relatives aux aménagements de peine, au maintien des liens familiaux et au suivi à l'extérieur, en raison des obligations particulières faisant souvent partie intégrante de la peine (les soins, l'éloignement des victimes, ou encore l'interdiction d'exercer certains métiers...). Hormis la question de l'accès à une activité professionnelle, aspect qui pose souvent moins de difficultés (bien que l'âge élevé de nombreux AAS. compromet la possibilité d'un retour effectif à l'emploi), les autres éléments considérés comme « gages de réinsertion », sont particulièrement difficiles à accomplir avec cette population, comme nous venons de le montrer. Il ressort donc de l'étude la nécessité d'aborder cette

population avec des outils de compréhension et de prise en charge plus spécifiques. Nous y reviendrons plus loin.

Préconisation 10 : Comme il a été préconisé par le rapport Warsmann, il conviendrait de faire tous les efforts nécessaires afin d'encadrer les sorties de prison des détenus pour mieux lutter contre la récidive. Il a été montré que, de tous les aménagements de peines, la libération conditionnelle est celui qui prévient le mieux la récidive. Son utilisation pour les AAS, population considérée traditionnellement comme plus « à risque », doit être par conséquent élargie tout en la doublant, si nécessaire, d'autres mesures de contrôle.

2 - La prise en charge groupale des AAS : les groupes de parole en milieu fermé

Rares sont les expériences qui ont été mises en place afin d'assurer une prise en charge groupale, à caractère socio-éducatif, des AAS.

L'étude a soulevé deux de ces actions qui ont été, toutefois, plus expérimentées en milieu ouvert, comme nous allons le voir plus loin.

2-1 L'expérience mise en place par le SPIP d'Angoulême

En ce qui concerne la prise en charge groupale des AAS, une expérience particulièrement intéressante que nous avons pu analyser est celle mise en place par le SPIP d'Angoulême en 2002. Il s'agit de la création d'un groupe de parole pour cette catégorie de détenus à la Maison d'Arrêt d'Angoulême. Ce groupe a été mis en place dans la continuité d'un premier groupe de parole développé deux années auparavant par le même SPIP, en milieu ouvert, constituant le début d'une expérience qui se prolonge depuis lors.

Dans la deuxième partie de ce rapport, nous aborderons plus en détail les principales caractéristiques du groupe de parole en milieu ouvert. Mais il convient de souligner d'ores et déjà que cette action retrouve toute sa singularité dans le fait que, comme tiennent à le rappeler les travailleurs sociaux, à travers leur intervention, ils cherchent à appréhender l'AAS en tant que délinquant et non en tant que malade. Dans ce sens, le CIP reste totalement dans son rôle d'intervenant social en travaillant très concrètement sur le rapport à la loi et sur le passage à l'acte, sur le plan criminologique. Cette expérience, d'après les descriptions qui en sont faites, favorise également la prise en charge thérapeutique. Ces groupes de parole -tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert- n'ont donc pas d'objectif clinique, même s'ils sont accompagnés, comme nous le verrons, par l'intervention d'un psychologue dont le rôle se limite à la préparation des séances et à l'évaluation du fonctionnement du groupe.

La mise en place de ces groupes de parole s'est inspirée du modèle des « guidances », développé initialement en Belgique par le CRASC (voir *supra*), suivant le modèle canadien. C'est justement à la suite d'une formation offerte à l'ENAP par le CRASC que certains travailleurs sociaux du SPIP d'Angoulême ont décidé de réfléchir à la mise en place de cette action. Après une préparation de presque deux ans, le premier groupe de parole a commencé à fonctionner en 2000, en milieu ouvert.

A la différence du groupe en milieu ouvert qui fonctionne sur le principe de la « convocation », dans le groupe de la maison d'arrêt, le principe de participation est le volontariat. Les groupes sont constitués de 10 à 12 participants et sont toujours animés par deux intervenants. Du fait d'opérer en M.A., la participation de détenus prévenus avec des condamnés est acceptée. Concernant le fonctionnement du groupe, les intervenants soulignent que le cadre fermé, tout comme le fait de travailler avec des prévenus, rend cette action en milieu carcéral plus difficile que celle réalisée en milieu ouvert, où les critères d'intervention sont plus clairement posés et où, surtout, l'espace de liberté de parole est plus important.

Néanmoins, au regard des intervenants, la difficulté la plus importante est d'ordre éthique : en premier lieu les détenus préventifs, non condamnés, se servent parfois des groupes comme tribune pour se défendre ; il existe par ailleurs un risque de stigmatisation de ces détenus par le simple fait de participer au groupe de parole. Ce dernier point est limité, néanmoins, dans le cas concret de la M.A. d'Angoulême, par le fait que toutes les personnes incarcérées pour infraction sexuelle sont placées dans un lieu spécifique de l'établissement.

Ils considèrent toutefois que les résultats sont assez probants, aussi bien pour les effets produits par le groupe sur les détenus (libération de la parole, facilitation des soins, prise de conscience sur l'infraction...), que pour le travail de préparation et de sensibilisation réalisé par les CIP auprès des surveillants et de la direction afin d'expliquer les finalités du groupe et le besoin de respect des personnes y participant. Il faut souligner, enfin, que les deux groupes de parole (en milieu ouvert et milieu fermé) fonctionnent normalement en parallèle. Pendant une certaine période, ce sont d'ailleurs trois groupes qui fonctionnaient en simultané.

2-2 L'expérience du groupe de parole du CD de Mauzac

Sous l'influence de la formation réalisée à l'ENAP par le CRASC, le psychologue PEP du CD de Mauzac a décidé de créer un groupe de parole suivant le même modèle de guidances, c'est-à-dire en complément de la prise en charge thérapeutique de base (en l'absence, de manière continue, de psychiatres et de locaux adéquats) faite par l'UCSA. Ce groupe pour des détenus condamnés fonctionne sans interruption depuis 1999⁸². Il réunit entre 5 et 7 détenus sur 12 séances réalisées tous les 15 jours, durant 6 mois. Le principe de participation est le volontariat, voire la demande express car, dans le cas de

⁸² Voir fiche complète de l'expérience en annexe.

Mauzac, la plupart des participants ont déjà initié un travail d'élaboration sur la problématique, souvent même en maison d'arrêt.

Dans un premier temps, le groupe s'adressait aux criminels sexuels sur mineurs extra-familiaux (pédophiles), puis, il a été étendu aux criminels incestueux. L'administration n'a opposé aucune résistance à la mise en place de l'action, qui a toujours fonctionné sur la base d'un partenariat avec les travailleurs sociaux. Ceux-ci sont sollicités pour "recruter" les personnes sur une série de critères, le premier d'entre eux étant le volontariat. Lorsque le groupe a entrepris ses travaux, le psychologue PEP a bénéficié d'une supervision financée par l'Administration pénitentiaire pendant un an. Celle-ci n'a pas été reconduite pour des raisons budgétaires. Le groupe est animé uniquement par le psychologue PEP, ce qui rend évidemment la tâche plus difficile. Mais il se dit satisfait des résultats obtenus et d'avoir réussi, malgré toutes les difficultés, à pérenniser l'expérience qui se renouvelle chaque année.

Bilan et préconisations

Concernant le recrutement et la formation des CIP, il convient de souligner, sur un plan général, un manque, chez ces personnels, d'outils de compréhension et d'approche qui leurs permettraient de mener à bien les prises en charge sociales (via des techniques groupales ou individuelles) auprès des AAS.

Les carences observées peuvent se situer à deux niveaux.

Un premier niveau concerne la formation de base des personnes recrutées à partir des concours d'entrée à la fonction, la proportion de juristes étant actuellement de 80%. Un deuxième niveau relève plutôt de la formation initiale trop généraliste et d'un accès limité à d'autres voies de spécialisation, comme les cours de formation continue à l'ENAP, les formations offertes par d'autres organismes (comme l'ARTAAS) ou la programmation systématique de stages courts auprès de SPIP travaillant depuis longtemps avec ce type de population. Les chiffres avancés plus haut, qui montrent que 22% des personnes condamnées incarcérées le sont pour des infractions sexuelles, ce qui représentait, pour l'année 2005, un total de 8 529 condamnés pour infractions sexuelles (sans comptabiliser les prévenus, ni les personnes suivies en milieu ouvert), justifieraient une formation plus spécialisée, au niveau de la formation initiale mais surtout au niveau de la formation continue. La mise en place de stages serait à ce titre fort nécessaire, au moins pour les CIP qui travaillent dans des centres à forte concentration d'AAS. (là où ils représentent plus de 40% de la population pénale). Le programme de formation initiale de l'ENAP est déjà très chargé en raison de la grande diversité des missions du CIP et de la complexité de leur travail en matière juridique. Il paraît donc plus réaliste et pertinent de renforcer la formation continue et d'établir la possibilité de mettre en place des supervisions ou des rencontres périodiques entre des personnels travaillant avec ce type de population. Cela permettrait d'aborder des cas particuliers ou des difficultés personnelles rencontrées pour traiter certaines thématiques ou sujets particuliers.

« C'est quand même des problématiques qu'on appréhende pas facilement parce qu'on lit des dossiers durs, avec des choses lourdes, je crois aussi bien les travailleurs sociaux que les autres ont besoin d'être aidés aussi, d'être peut-être un peu plus briefés sur cette population là qui est un peu particulière, et on a besoin de gens, c'est partout pareil. ...On a parlé de supervision tout à l'heure, pour quelque chose de cette ampleur, il faut une équipe solide, un superviseur, des retours, une équipe pluridisciplinaire qui communique, voilà. » (Un CIP d'un CD)

Préconisation 11 : Sélection 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, par exemple, les facultés de Sciences Humaines et de Sciences Sociales ou les instituts de Travail Social.

Préconisation 12 : 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.

Préconisation 13 : 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 sur expérience (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 concerne 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 14 : 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 PPSMJ par travailleur social si l'on souhaite garantir un certain travail de fond au niveau de l'insertion.

Il semble par ailleurs nécessaire de doubler le recrutement des nouveaux CIP d'un recrutement de personnels d'insertion issus des formations d'assistant 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 butent 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 se doivent de 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 J.A.P. 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.

« Aujourd'hui c'est pas satisfaisant, l'état de nos relations avec l'UCSA, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de liens mais ils se font je pense individuellement, par téléphone, on échange sur telle situation ; je crois qu'on a un problème de rencontre entre deux systèmes qui ne sont pas dans la même logique institutionnelle, qui sont pas dans les mêmes principes de fonctionnement, donc il y a peut-être un temps d'échange préalable qui n'a pas eu le temps de se faire, avant de pouvoir commencer à travailler ensemble il faut peut-être partager certaines choses et essayer de s'expliquer nos rôles et nos fonctions réciproques. Bon il y a eu un début de réunions mensuelles. Enfin il y a eu certains malentendus, une certaine incompréhension. Enfin il y a des demandes de part et d'autre mais c'est vrai qu'il faut que ça passe par une bonne préparation de ce qui va se passer.

Qu'est-ce qu'on fait dans ces réunions là, quels objectifs elles ont, enfin sans rentrer dans les détails, ce serait un peu compliqué. Ce n'est pas facile, parce qu'on n'a pas forcément les mêmes objectifs ni les mêmes attentes. » (Un CIP d'un CD)

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.

« A mon avis on tourne autour d'une des difficultés qui rend difficile le suivi de ces personnes et un travail en partenariat avec l'ensemble des services de l'établissement. On les sollicite, en tout cas on sollicite leur présence aux instances pluridisciplinaires, leur place n'y est pas simple à tenir, on a sollicité à certains moments et ça revient régulièrement, ici comme ailleurs, leur place aussi au sein des commissions d'application des peines, pour émettre un avis sûr. Bon, ils se protègent de ça pour essayer de rester aussi dans une relation claire avec le patient, mais je pense qu'il y a un manque là d'une structure qui serait peut-être pas sous l'égide de l'hospitalier ou du médical mais qui dépendrait peut-être d'une nouvelle mission interministérielle qu'il faudrait inventer, pour essayer d'avancer sur cette prise en charge-là, d'une spécificité d'un acte délinquant qui aboutit à une incarcération et qui a des conséquences lourdes pour l'ensemble de la société... Il faut absolument qu'on arrive à mettre en place des réunions pour parler de ces situations-là, pour avoir un langage commun, parce qu'aujourd'hui on peut avoir des langages différents et pour la population pénale c'est catastrophique. C'est-à-dire que quand quelqu'un dit quelque chose et qu'on fait l'inverse, c'est le pire qu'on puisse faire. » (Un DSPIP)

Préconisation 15 : 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 2004⁸³. 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 entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires. Les J.A.P. pourraient être associés à ces réunions.

Comme l'indique bien X. Lameyre dans un article traitant de ce problème de communication entre les différents secteurs dans le cadre des soins pénalement imposés⁸⁴ : « Il apparaît qu'une ignorance mutuelle des modalités d'exercice de chaque praticien, de ses contraintes, notamment déontologiques, ne peut produire qu'une stérile

⁸³ Voir : <http://apnet.dap.intranet.justice.gouv.fr/guidemethodologique/premierepage.htm>.

⁸⁴ Lameyre X., Penser les soins pénalement obligés, un impératif éthique, in *Les soins obligés ou l'utopie d la triple entente*, Actes du XXXIIIe Congrès français de criminologie, Paris, Dalloz, 2002, pp. 70-84.

immobilité de situation, laquelle n'incitera pas la personne condamnée à mobiliser ses propres compétences, personnelles et sociales, en vue d'un engagement de soins. A l'inverse, la fécondité des soins pénalement obligés semble poindre lorsque les praticiens concernés prennent langues entre eux, parvenant à « traduire pour l'autre et se faire traduire la langue de l'autre ». Toutefois, pour qu'un tel dialogue interdisciplinaire sous-tende la dialectique sanction-traitement que les soins pénalement obligés instaurent, il importe d'être attentif à la singularité des différents modes d'intervention professionnelle et, conséquemment, à celle des différents langages utilisés dans chaque champ d'action ».

II - La prise en charge des AAS dans le cadre du projet d'exécution des peines : les psychologues PEP

« Du PEP il ne reste pas grand chose, l'enthousiasme il n'y en a plus guère, ce qui reste c'est quand même la pratique, le travail pluridisciplinaire qui a été institué, vous l'avez vu ce matin, ça n'existait pas vraiment à l'époque. Le PEP à l'époque, c'étaient des grandes idées, impliquer le détenu dans la gestion de sa peine, tout ça c'est un peu une douce utopie, mais il reste quand même un travail pluridisciplinaire qui a été institué, ça reste intéressant quand même. » (Un psychologue PEP d'un CD)

1 - Le PEP : un projet ambitieux actuellement en manque de souffle

Le *projet d'exécution de peine* (PEP)⁸⁵, dernier grand projet 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. Il vise enfin, par une approche pluridisciplinaire autour du *psychologue-PEP*, à organiser un meilleur accompagnement de chaque détenu.

Initié de façon expérimentale en mai 1996⁸⁶ par l'Administration pénitentiaire dans 10 établissements pour peines, le PEP a été généralisé par la suite après une première évaluation positive du projet par une commission en novembre 1997. La circulaire du 21 juillet 2000 établissait, enfin, que chaque établissement pour peines devait mettre en place les outils nécessaires au PEP

⁸⁵ Prévu par la loi du 6 janvier 1995 : plan pluriannuel pour la Justice.

⁸⁶ Circulaire JUSE9640024N du Garde des Sceaux, Mise en place du projet d'exécution de peine dans les établissements pour peines, du 2 mai 1996.

Dès son lancement, la pièce maîtresse du dispositif a été le « psychologue PEP », censé intervenir auprès des personnels, pour les accompagner dans leur mission d'observation, mais aussi auprès des détenus pour procéder à un bilan de leur personnalité et les aider dans l'élaboration du projet. C'est pourquoi, au fil des années, les différents établissements pour peines se sont vus dotés des nouveaux postes de psychologues PEP. Ils sont actuellement une quarantaine.

Dans les établissements pour peines présentant une grande 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 essouffé 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.

Les psychologues PEP sont tous des psychologues cliniciens –conformément à la définition des postes-, mais, en raison de l'accord fixé avec les hôpitaux par la loi de 1994, ils ne sont pas autorisés à entreprendre des psychothérapies. Leurs interventions doivent composer avec la présence des psychologues UCSA ou SMPR qui souhaitent logiquement conserver leurs prérogatives sur le domaine clinique. Ainsi, ces personnels, dont le poste et le rôle n'ont jamais été vraiment bien définis, se trouvent actuellement confrontés à un important problème identitaire.

A mi-chemin entre la place du psychologue et celle du travailleur social, ils rencontrent individuellement les détenus, sans faire de la psychothérapie. Ils participent à la C.A.P. et rendent, du fait de leur situation, un avis qui les inscrit plus dans un rôle de professionnel du social que de professionnel de la santé, d'autant qu'ils ne sont pas assujettis au secret professionnel. « Ni thérapeutes ni experts » (selon les propres termes de l'institution) et nous pourrions rajouter « ni tout à fait travailleurs sociaux », ils trouvent difficilement leur place dans l'institution. Cet état de fait imposé les amène néanmoins, dans un souci de « sauvegarde » d'un rôle *a priori* non négligeable, à créer leur propre terrain d'action, à susciter le besoin, bref, à se rendre utiles.

« Le dispositif était au point mort quand je suis arrivé, et ça ne s'est pas vraiment amélioré depuis puisqu'il n'y a pas vraiment d'équipe de cellule pour les exécutions des peines comme ça se passe parfois dans certains établissements, ce qui fait que moi j'ai surtout recentré mes activités en tant que psychologue clinicien, c'est-à-dire que la prise en charge que j'assure n'est certes pas thérapeutique puisque ça relève du rôle de l'UCSA, mais je m'occupe des éventuelles difficultés que peuvent connaître les détenus au niveau de la mentalité carcérale, des contraintes de la vie collective, des contacts restés avec leurs proches qui peuvent être problématiques et c'est finalement assez souvent le cas. Donc ce sont toutes ces choses avec lesquelles je travaille donc vraiment toujours assez ponctuellement, histoire de leur permettre de dégager un peu la tête de ça et aussi pour sortir un peu de ce confinement (...). Dès que j'ai commencé à travailler ici, j'ai participé aux commissions d'application des peines et la collaboration a toujours été saine, enfin c'était compliqué pour moi d'aller en CAP parce que c'est un lieu de pouvoir la CAP. Au fil des années je pense que j'ai trouvé ma place, il y a eu quelques épisodes où je suis reparti. Je pense qu'un psychologue peut s'y trouver dans la mesure où il essaye de faire respecter la personne dans sa dimension psychique, de ne pas faire un rôle d'expert, d'expert à la petite semaine, pas cher en plus, aider à la décision du JAP mais ne pas donner notre avis. Enfin c'est un peu protocolaire, il y a un tour de table et chacun donne son avis, je donne jamais mon avis mais je vais essayer de décrire un peu le parcours carcéral de la personne, d'évoquer un peu quel sens il donne à sa peine, enfin ça ennuie parfois tout le monde. » *(Un psychologue PEP d'un CD)*

Ce contexte défavorable produit malgré tout un fort sentiment de désarroi chez ces personnels dans la mesure où le projet pour lequel ils ont été recrutés stagne sans que leurs fonctions soient pertinemment redéfinies. Ainsi, riches d'une réflexion intéressante sur leurs métiers et pratiques, dotés d'une vision très critique sur la place qui leur a été réservée, avec une certaine dose d'amertume, ils se sentent sous-utilisés par l'institution, piégés dans un entre-deux sans véritable objet de travail (est-ce le détenu ? est-ce l'institution ? est-ce la prévention de la récidive ? la peine et son sens ? la réinsertion ?...). Censée initialement animer, avec une « approche pluridisciplinaire », la relation entre les différents services, entre les différents personnels intervenant directement auprès des détenus, cette rencontre a eu du mal à se maintenir au fil du temps.

Enfin, y compris sur un plan hiérarchique, le psychologue PEP est un cas particulier dans l'institution car il est rattaché directement au chef d'établissement, ce qui le place quelque peu dans une situation de « *satellite par rapport à l'organisation pyramidale usuelle* (ce qui) *lui permet de conserver, relativement, un effet tiers, effet externe tout en étant dans une implication interne* »⁸⁷.

⁸⁷ Mercier C., Psychologue PEP au CP de Rennes, Ni thérapeute ni expert : dans quel entre-deux s'autorise à jouer le psychologue ? *In Le journal des psychologues*, n°210, Septembre 2003.

*« Ici le PEP n'existe pas mais il y a des établissements dans lesquels il y a un affichage... Sachant aussi qu'on évite de préciser, quand on parle de projet d'exécution des peines, on parle toujours sans jamais préciser qu'il s'agit de deux choses à la fois, d'un projet d'institution et d'un projet au niveau des personnes incarcérées. La circulaire est pleine de paradoxes, et à mon avis c'est ce qui fait le côté problématique du dispositif. Enfin j'ai été embauché par ce biais-là donc je continue à me désigner professionnellement comme psychologue du projet d'exécution des peines. Je trouve bien dommage entre parenthèses qu'il n'y ait aucune autre catégorie de personnel qui soit affublée de ce projet d'exécution des peines, assistante sociale du personnel, ou surveillant. ...La voie d'arrivée des psychologues dans les établissements pour peine a été justement de se voir affubler aussitôt cette étiquette : psychologue du projet d'exécution des peines. Du coup ça a été très commode d'y voir les responsables de dispositif, ce qui est assez aberrant. »
(Un psychologue PEP d'un CD)*

2 - De la redéfinition des pratiques à la création de nouvelles pratiques

Dans les établissements « spécialisés » dans l'accueil des AAS, les psychologues P.E.P 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 thérapie.

Il est de fait que leurs actions 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 les attributions de ces personnels 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.

Néanmoins, il faut remarquer que ces psychologues, qui ont un si grand mal à définir leur vrai champ de compétences, par la force des choses et de la pratique, seraient en train de faire évoluer leur métier et même, peut-être, de créer un nouveau métier, une nouvelle forme d'intervention.

En effet, de par les nouvelles pratiques professionnelles qu'ils mettent en place, les psychologues PEP sont en passe de dessiner les contours d'un nouveau champ d'exercice professionnel en France, celui du *psycho-criminologue*, développé sous d'autres latitudes. Ainsi, avec une approche de synthèse, ils resituent leur fonction dans le carrefour de la pluridisciplinarité de tous ceux qui interviennent auprès du détenu. Dégagés de la question cruciale du secret professionnel mais sans pour autant totalement le trahir, ils

font de l'étude de la personnalité du détenu l'un de leurs champs d'intervention. Ils accompagnent le détenu dans la compréhension de l'univers carcéral en lui permettant d'appréhender des actes professionnels qui normalement lui échappent - l'expertise, par exemple.

« Je vous parlais d'éclaircissement sur le sens des expertises, c'est quelque chose que je propose aux détenus eux-mêmes parce que la plupart d'entre eux ont des expertises collégiales quand ils arrivent sur l'établissement et moi je leur dis, c'est peut-être un document qui pourrait vous intéresser d'une manière ou d'une autre, moi je vous en fait une restitution, en un sens ré-appropriable, pour saisir votre histoire et de comprendre au juste pourquoi à un moment donné la société vous a trouvé un défaut, et ce qu'il s'agirait de réviser dans votre manière d'être et dans votre rapport aux autres. C'est un peu comme ça que je présente les choses. Avec certains détenus, je dois dire que c'est un argument qui les intéresse. Enfin c'est pas systématique, c'est une proposition que je fais aux détenus. Visiblement quand il n'y a pas d'écho, je n'insiste pas mais...Ce sont des choses qui peuvent se faire sur quelques entretiens mais jamais effectivement des entretiens réguliers sur de longues durées. Donc à l'occasion je fais ça aussi, ce travail de restitution de la problématique de la personne sur base de tests et d'entretiens et ça aussi ça nécessite un certain nombre d'entrevues, c'est un peu le bilan de personnalité. Dans bilan on entendait dépôt de bilan mais il ne s'agit évidemment pas de ça, c'est en fait un travail sur une espèce d'état des lieux qui ouvre des perspectives. » (Un psychologue PEP d'un CD)

A travers ces procédés, le psychologue PEP redéfinit progressivement sa pratique et crée ainsi son champ d'intervention. Le groupe de parole mis en place en 1999 par le psychologue-PEP de Mauzac qui se rapproche, dans son architecture, des « guidances » pratiquées par le CRASC (Belgique) ou par l'Antenne de Psychiatrie et Psychologie Légales de la Garenne-Colombes, participe à ce travail de redéfinition.

Une relecture des pratiques éparses mises en place par les différents psychologues-PEP, permettrait de définir et de préciser les contours de ce nouveau métier de psychocriminologue, dont on perçoit la cohérence. Son exercice pourrait s'avérer très précieux dans les établissements pénitentiaires pour peines.

« Au niveau des moyens, il y a quelque chose qui m'intéresserait beaucoup mais bon j'essaye de faire progresser l'idée déjà au moins auprès des collègues psychologues PEP. Pour l'instant ça se limite à ça, c'est de parvenir à terme à une redéfinition des postes actuels des psychologues du PEP, mais je crois important de décharger une partie de la présence du psy PEP sur l'établissement. Toute son activité ne peut pas être nécessairement consacrée au projet d'exécution de peine parce qu'à mon sens, le fond de son travail n'est pas loin de la clinique. Donc ça se serait peut-être au niveau des moyens, une définition plus claire pour tous du rôle du psychologue PEP, ce qui n'irait pas sans crispation de la part des gens de l'hôpital c'est très claire... » *(Un psychologue PEP d'un CD)*

Bilan et préconisations

Compte tenu des difficultés soulevées, il conviendrait d'effectuer une analyse fine des pratiques nouvelles mises en place par les psychologues-PEP. Cela permettrait de clarifier leur position puis d'accorder leur profil de poste (diplômes, compétences requises etc.) aux besoins actuels des établissements pour peines, notamment ceux qui sont plus orientés vers l'accueil des AAS.

Il ne s'agit pas pour autant de redéfinir l'ensemble des compétences requises en imposant par exemple aux psychologues PEP d'être recrutés sur la base d'un diplôme en psychologie du travail au lieu d'un diplôme en psychologie clinique, comme cela a été – paraît-il – parfois envisagé par l'institution. Cela aurait conduit à considérer le PEP d'une manière strictement occupationnelle et ergonomique.

Il serait donc pertinent, au regard des difficultés identitaires et professionnelles rencontrées actuellement par les psychologues PEP et des besoins institutionnels existants, de parvenir à une meilleure définition de leurs missions, davantage en accord avec leurs compétences cliniques, facilitant leur implication -sans équivoques- dans la prise en charge de certaines populations « cibles » et, notamment, des AAS.

Préconisation 16 : 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 psycho-criminologie avec, au moins, trois nouvelles fonctions :

- **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 des groupes de parole (à la manière du travail effectué à Mauzac⁸⁸) ;**
 - **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 ; travail d'accompagnement à la manière de celui mené par des psychologues extérieurs auprès des équipes SPIP d'Angoulême ou d'Albi⁸⁹).**
- Des nouvelles rencontres interprofessionnelles ainsi que des formations devront accompagner cette évolution.**

⁸⁸ Voir en annexe, fiche-action rédigée par le psychologue PEP de Mauzac sur le groupe de parole.

⁸⁹ Voir en annexe les fiches-action des groupes de parole d'Angoulême et d'Albi.

DEUXIEME PARTIE

LE MILIEU OUVERT : LES SOINS PENALEMENT IMPOSES

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* »⁹⁰.

Ce constat s'avère effectif pour l'institution pénitentiaire elle-même, qui produit relativement peu d'information concernant ces services malgré l'augmentation progressive de ce champ de la justice pénale. Déjà en 2003 on constatait que l'exécution des peines en milieu ouvert avait doublé en nombre de mesures au cours des douze années précédentes, passant de 77 483 mesures en 1989 à 156 398 en 2002⁹¹. Pour l'année 2004, le nombre de mesures a été moindre, mais il s'élève tout de même à 138 855 mesures. Selon les services concernés, le suivi des mesures en milieu ouvert représenterait entre 60% à 70% de leur activité.

Par ailleurs, très peu de recherches scientifiques se sont penchées sur le sujet de l'exécution des peines en milieu ouvert, ce qui s'explique, peut-être, par la difficulté d'accès aux informations relevant de ce domaine. Un exemple très parlant est celui du sursis avec mise à l'épreuve (SME), peine restrictive de liberté -souvent alternative à l'incarcération- qui a représenté 78% de toutes les mesures suivies par les SPIP en milieu ouvert en 2004. En effet, dans l'état actuel de présentation des données par le Ministère de la justice, il n'est pas possible de savoir combien parmi ces peines ont comporté une obligation de soins, mesure qui concerne tout particulièrement les auteurs d'agressions sexuelles, les toxicomanes et les infractions liées à la consommation d'alcool. S'agissant des tableaux sur les condamnations publiés chaque année par le Ministère de la justice⁹²,

⁹⁰ Chauvenet A., Gorgeon C., Mouhanna C., Orlic F., *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.

⁹¹ Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire, op. cit., p. 47.

⁹² Si l'on prend les condamnations pour l'année 2004, dans les mesures « autres » concernant les viols et attentats à la pudeur (crimes) on retrouve 520 mesures. Pour les Atteintes aux mœurs (délit), on trouve 871 mesures complémentaires « autres », ce qui laisserait penser que les obligations (ou injonctions) de soin, en tant que mesures complémentaires de ces crimes et délits seraient proches de ces chiffres là, mais ce qui

les obligations de soin n'apparaissent pas non plus consignées dans la statistique concernant les *mesures complémentaires des peines prononcées* car elles sont regroupées dans une catégorie générale « *autres* ».

Concernant l'organisation de cette deuxième partie, il faut préciser qu'il s'est avéré inapproprié de suivre ici la même structure que dans la première partie, où nous faisons la distinction entre une prise en charge médicale et une prise en charge sociale des AAS. En effet, en milieu ouvert pratiquement toutes les formes de suivi qui concernent cette population sont le résultat d'une triple intervention, judiciaire, sanitaire et sociale.

Dans sa majorité, cette prise en charge peut prendre trois formes fondamentales : la forme d'un sursis avec mise à l'épreuve avec obligation de soins ; la forme d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins ; et la forme d'une libération conditionnelle ou d'un suivi post-pénal. Dans ces trois cas, les trois instances participent de façon plus ou moins importante selon le type de mesure : 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.

Néanmoins, selon la loi, les responsables ultimes du suivi de toutes les mesures en milieu ouvert sont les personnels du SPIP, en qualité de représentants de l'Administration pénitentiaire. Une exception importante concernant le suivi socio-judiciaire est à signaler car, comme nous le verrons plus loin, dans cette mesure le rôle du SPIP se voit limité au profit de celui du médecin coordonnateur.

De façon analogue à ce que nous constatons pour le milieu fermé, hormis quelques exceptions dont nous ferons état dans la deuxième section (groupes de parole), en milieu ouvert les travailleurs sociaux font plutôt un suivi individuel de chaque probationnaire condamné pour une infraction à caractère sexuel. Ils font alors appel à des pratiques professionnelles et des moyens très similaires à ceux utilisés avec des condamnés pour d'autres types d'infractions. Comme en milieu fermé, le partenariat avec l'intervenant soignant va s'avérer conflictuel et parfois même insaisissable. L'émergence d'autres difficultés inhérentes au milieu ouvert rendra d'autant plus complexe cette prise en charge.

Deux aspects seront abordés dans cette deuxième partie. D'abord celui concernant le suivi individuel des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Dans ce cadre là, une différence sera faite, entre les particularités de la prise en charge des AAS soumis à un SME avec obligation de soin, celles propres au suivi socio-judiciaire avec injonction de soin ou encore celles, plus « classiques », d'un suivi post-carcéral. Le placement sous

nous offre très peu d'information sur le plus grand nombre de mesures qui concernent, notamment, comme nous l'indiquons, les SME total ou partiel.

surveillance électronique sera abordé en tant que modalité de suivi individuel encore peu utilisé dans le contexte qui nous occupe.

Ensuite, des expériences relatives à la prise en charge « groupale » des auteurs d'infractions à caractère sexuel seront analysées. Elles constituent l'aspect le plus intéressant, soulevé par l'étude, concernant des nouvelles pratiques professionnelles.

A - LE SUIVI INDIVIDUEL EN MILIEU OUVERT : UNE TRIPLE ENTENTE ?

Comme nous l'indiquons plus haut, la particularité principale du suivi individuel des AAS en milieu ouvert est celle d'être le résultat d'une triple intervention, judiciaire (JAP), socio-éducative (SPIP) et sanitaire (médecin ou psychologue). Si selon les textes (décret du 13 avril 1999), le responsable ultime du suivi de toute mesure en milieu ouvert est le SPIP, l'étude montre que chaque type de mesure comporte son propre jeu d'acteurs. Ainsi, nous constatons que le positionnement des trois acteurs fondamentaux va considérablement varier d'une mesure à l'autre.

I - Les SME avec obligation de soin : le rôle accru du travailleur social

Le sursis avec mise à l'épreuve est une peine restrictive de liberté qui a pour objectif de lutter contre les effets désocialisants des courtes peines, d'une part ; et d'aider le condamné en l'accompagnant dans ses efforts de resocialisation d'autre part.

Cette peine laisse ainsi le condamné en liberté (à moins que la peine ne soit mixte), et le contraint à respecter des mesures de contrôle (art. 132-44 CP) et des obligations particulières (art. 132-45 CP), comme l'obligation de soin, imposées soit par la juridiction de jugement, soit par le juge de l'application des peines chargé de suivre le déroulement de la mesure. Le suivi des SME est confié intégralement aux services pénitentiaires d'insertion et de probation.

Des 138 855 mesures suivies par les SPIP en 2004, 78,1% étaient des SME, ce qui représente 108 306 mesures. Comme nous l'indiquons *supra*, compte tenu de la façon d'enregistrer les mesures, il est impossible actuellement de savoir combien de celles-ci concernent les AAS. Cette situation devrait rapidement évoluer avec la mise en place du nouveau logiciel APPI, qui devrait permettre de recenser ce type d'informations. Ce logiciel est un outil informatique commun au service de l'application des peines et au service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Selon le dernier rapport de l'AP, la durée moyenne d'un SME est de 26.7 mois et près d'un tiers des personnes suivies dans le cadre d'un SME ont commis une atteinte contre

les personnes ; 28% une atteinte contre les biens et 21% un délit de circulation routière⁹³.

Malgré l'absence de statistiques nationales, une des rares recherches réalisée sur le milieu ouvert montrait, en 1999, que les trois quarts des condamnés pour infractions sexuelles étaient concernés par l'obligation de soin⁹⁴. Ce serait le groupe le plus concerné par cette contrainte qui est, par ailleurs, parmi l'ensemble des obligations particulières prévues par l'article 132-45 du Code pénal, celle qui est actuellement la plus souvent prononcée.

Il y a consensus sur le fait que, s'agissant d'infractions sexuelles, les juridictions prononcent presque systématiquement des SME comportant une obligation de soins. Selon les juridictions, entre 20 et 30% des SME prononcés concerneraient les AAS.

1 - Les pratiques

« Notre travail dans le cadre d'un SME avec obligation de soin (auprès des AAS) est un travail d'accompagnement, mais aussi d'explication jusqu'à amener la personne à aller vers le soignant. Il faut beaucoup expliquer parce qu'en correctionnelle ils ne savent pas trop ce qui s'est passé. Souvent ils ne comprennent même pas ce qu'on leur demande. On parle de suivi, de psychologue, de soins, c'est un discours parfois inaccessible pour eux. ...Ils ont presque tous l'obligation de soins, l'obligation d'indemniser la victime et l'obligation d'avoir un travail. On vérifie les choses dans la mesure qu'on est mandaté pour le faire...L'idéal est développer un minimum de relation avec le soignant, mais la plupart du temps c'est impossible : parfois ils acceptent de vous parler au téléphone mais d'autres disent, « la justice ? Je n'ai rien à vous dire ». Le problème c'est qu'on a en face de nous des partenaires qui n'ont pas eux d'obligation. A nous, on nous donne l'obligation de faire respecter la décision de justice, mais on n'a pas les moyens de le faire. Il faudrait qu'on arrive à inscrire des fonctionnements dans le temps et dans les institutions, indépendamment des relations personnelles qui parfois peuvent marcher, parfois non. » (Un DSPIP)

Quelle est la méthodologie de travail des travailleurs sociaux face à des auteurs d'infractions sexuelles condamnés à un SME avec obligation de soins ?

Concernant les AAS - mais aussi toute autre catégorie de condamnés -, les travailleurs sociaux rencontrent les probationnaires une première fois, quand la mesure se met en place. Si la plupart du temps les rencontres successives se feront une fois tous les mois,

⁹³ Rapport annuel de l'Administration pénitentiaire, 2002.

⁹⁴ Chauvenet A., Gorgeon C., Mouhanna C., 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.

cela peut varier selon les cas, de une ou deux rencontres par semaine, jusqu'à une rencontre toutes les six semaines. Ce plafond supérieur n'est généralement pas dépassé.

Le but du premier rendez-vous est d'expliquer tout simplement le jugement à la personne, car souvent celle-ci n'a compris que très partiellement la décision des magistrats, notamment en correctionnelle où la procédure va très vite. Les services du SPIP rappellent à ce sujet qu'une bonne partie des PPSMJ qui arrivent à leurs services ont un niveau d'instruction limité et que des termes comme *suivi*, *obligation de soin*, *psychiatre*, *psychologue*, ont besoin d'être décryptés. La première rencontre aura donc pour but d'expliquer la décision de justice et l'ensemble des obligations prévues. Viennent ensuite les rencontres qui ont pour objet d'établir l'évolution de la personne et le respect des contraintes fixées par la mesure.

Dans le cas de l'obligation de soin, l'essentiel du suivi concernera le travail auprès du condamné visant à le faire adhérer aux soins ; ceci doit aboutir à la recherche d'un médecin capable de lui apporter ces soins. Il s'agit ensuite 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.

Le travailleur social reste le pivot principal de ces mesures. Il rencontrera, tout de même, des obstacles importants, parfois difficiles à surmonter dans leur application.

2 - Les écueils dans l'application de la mesure

Plusieurs difficultés qui compromettent de façon importante la bonne application de la décision de justice, et surtout l'obtention des résultats escomptés, sont à soulever.

2-1 La mise en place de la mesure

La recherche citée plus haut⁹⁵ met en lumière le grand intervalle de temps qui sépare, dans bon nombre de cas, la date du jugement de celle du premier rendez-vous avec le travailleur social. L'analyse relève l'opposition entre le temps de l'organisation de l'exécution des peines et la temporalité propre du jugement, ce qui génère des effets paradoxaux et fait du temps de l'exécution un enjeu important. Sans nous attarder sur les différentes étapes qui séparent le jugement du « suivi » de la mesure par les SPIP, il convient néanmoins de les énumérer :

1. réception et mise en forme du dossier par le greffe du service de l'exécution des peines du tribunal ;
2. ouverture du dossier, saisie informatique de la mesure et demande du casier judiciaire ;
3. notification au condamné du rendez-vous avec le JAP ;

⁹⁵ *Ibid.* p. 65.

4. rendez-vous effectif du condamné avec le JAP ;
5. affectation au SPIP par le JAP ;
6. réception du dossier par le SPIP et organisation du service afin d'affecter le dossier selon la compétence géographique ou thématique des travailleurs sociaux ;
7. convocation du condamné et rendez-vous avec le TS.

Il faut souligner que la durée des étapes varie selon les mesures ; le suivi des libérations conditionnelles étant la mesure qui se met le plus rapidement en place. Néanmoins, pour ce qui est de notre étude, l'aspect le plus important à soulever est celui du temps qui s'écoule 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 cet égard, la recherche citée mentionne les résultats suivants (en tenant compte uniquement des SME totaux, des SME partiels et des TIG) :

- Pour 17% des mesures, l'ensemble des étapes à franchir jusqu'à la rencontre avec le travailleur social a pris moins du quart de la durée de la mesure. Il restait donc plus de trois-quarts du temps de la mesure à exécuter ;
- Pour 13,5% des mesures ces étapes ont occupé entre le quart et le tiers de la durée de la mesure ;
- Pour 43% des mesures entre le tiers et les deux tiers de la durée ;
- Pour 9,5% des mesures entre les deux tiers et les trois quarts de la durée ;
- Pour 17% des mesures, il représente plus de trois-quarts de la durée de la mesure⁹⁶.

Une première difficulté pour le travailleur social est d'être un « opérateur » efficace là où l'organisation de la justice a montré ses limites. Ses difficultés à donner du sens à une peine difficile à saisir par le justiciable, tiendront tantôt à des contours nébuleux de la peine, tantôt à 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...).

2-2 La communication entre les acteurs

En ce qui concerne les acteurs indispensables à l'exécution de la mesure -le juge de l'application des peines et le conseiller d'insertion et de probation-, il va sans dire que leur coordination revêt une importance capitale. Or, nos observations montrent que depuis la restructuration du SPIP, au moins dans les juridictions les plus importantes, la rencontre physique entre ces deux acteurs ne se fait actuellement que très rarement. En effet, depuis cette restructuration, les anciens CPAL (Comité de probation et d'assistance aux libérés) ont quitté les locaux des palais de justice pour intégrer le service unique du SPIP, comme nous l'avons expliqué *supra*. Les travailleurs sociaux sont ainsi passés d'une relation de proximité avec les magistrats à un éloignement physique qui est -au dire d'un

⁹⁶ *Ibid.* p. 69.

JAP interviewé-, une « *perte immense dans la qualité du travail* ». Par exemple, dans les grandes juridictions, JAPs et CIPs ne se rencontrent presque jamais, toute communication et demande se faisant actuellement par écrit, au travers du logiciel APPI. Les travailleurs sociaux ont évidemment gagné une autonomie qui leur était due, mais on peut se demander si cet éloignement ne viendra pas, à long terme, nuire à la bonne coordination de ces services et à l'application des décisions de justice déjà péniblement exécutées.

Une deuxième source d'inquiétude, soulevée par les JAP, concerne la manière dont sont actuellement réalisées, dans ces grandes juridictions, les enquêtes rapides. Il a ainsi été souligné le fait que, par exemple, quand une personne condamnée à un SME commet une nouvelle infraction et se retrouve en comparution immédiate, l'enquête rapide, qui auparavant était conduite par le même travailleur social qui suivait la personne en milieu ouvert, est actuellement réalisée par des associations conventionnées par la justice. Le professionnel qui effectue l'enquête rapide ne connaît pas le justiciable ni son parcours judiciaire, ce qui compromet le bon traitement du dossier et la possibilité d'un prononcé de peines plus adapté et plus juste.

Enfin, les JAPs interviewés faisaient remarquer la difficile gestion du temps et de la charge de travail par les travailleurs sociaux en raison de la diversification et la complication de procédures à mener. Tout ceci est préjudiciable au travail de fond, notamment relationnel avec les personnes suivies. En parlant du travail des CIP, un JAP du milieu ouvert faisait ainsi remarquer :

« Le CIP devient de plus en plus un « contrôleur ». Ils n'ont pas le temps de faire autre chose que de l'administratif : ils transmettent des justificatifs. Tout le travail d'insertion, de soutien, se fait de moins en moins car les procédures sont plus lourdes, car il n'y a pas assez de CIP dans les services et qu'ils n'ont pas le temps de travailler sur le fond, sur le plan humain. Par exemple, pour les AAS, je dis au condamné, votre obligation est de consulter, de vous faire soigner, mais s'il n'y a pas le CIP pour nouer une relation de confiance et pour les amener réellement aux soins consentis, ils ne le font pas ou ils le font de façon superficielle. Je vois que quand je commence à discuter avec les auteurs, ça s'ouvre, mais je les reçois une seule fois et ce n'est pas mon travail. Dès qu'ils ont quelqu'un qui l'écoute, ils s'ouvrent. La plupart demande de parler... » (Un JAP)

2-3 L'opérationnalisation de l'obligation de soins

Pour autant, le véritable problème du SME, dans le cas des AAS, est l'opérationnalisation de l'obligation de soin. En effet, les travailleurs sociaux avouent se sentir souvent dépassés par l'accompagnement des obligations judiciaires de soin. Ils se sentent fréquemment impuissants face à des probationnaires parfois réfractaires à l'adhésion aux soins, car ils ne reconnaissent pas l'utilité de la mesure. Ensuite, ils se heurtent la plupart du temps au secret professionnel qui les réduit à de simples récepteurs de certificats médicaux élaborés parfois de façon complaisante, sans avoir la possibilité de faire la

distinction entre le probationnaire qui suit réellement le soin et celui qui fait semblant de le faire.

La méconnaissance par les praticiens des contraintes de l'obligation de soins, liée à l'opacité créée par le secret professionnel, permet parfois au probationnaire de détourner l'obligation de son objectif principal, à savoir, soigner une pathologie qui était à l'origine d'une infraction. Le fait que le condamné peut choisir le soignant en toute liberté s'avère ici à double tranchant. Défendre ce droit paraît un préalable nécessaire à l'adhésion aux soins ; cependant, dans la pratique rien n'empêche le condamné de consulter, par exemple, un médecin généraliste et produire des attestations vidées de tout sens.

Dernier élément et non des moindres, les TS se heurtent souvent à une fin de non recevoir de la part des médecins spécialistes et en particulier de psychiatres qui se montrent hostiles à accepter le principe de « l'obligation » de soins et qui, pour le cas des AAS, montrent des résistances à les accepter comme patients, faute souvent de connaissance du champ spécifique de cette pathologie et de son traitement. Mais ce qui est le plus déroutant aussi bien pour les magistrats que pour les TS est le fait que certains hôpitaux psychiatriques s'interrogent encore sur leur « obligation » à prendre en charge cette population.

Ainsi, par exemple, un DSPIP rencontré expliquait avoir reçu, fin 2005, de la part du JAP, copie d'un courrier émanant d'une service hospitalier de psychiatrie qui, suite à une demande de suivi d'un AAS, interrogeait l'institution judiciaire sur ce type de demande et sur les contraintes qui l'obligeaient institutionnellement à donner suite à une obligation de soin judiciairement imposée.

La question soulevée par ce type de situation, à laquelle les travailleurs sociaux se voient confrontés de façon récurrente (surtout dans des villes de taille moyenne et des départements plutôt ruraux qui ne disposent pas d'une très large offre de soins psychiatriques ou psychologiques), n'est pas simplement celle de la difficulté de la relation justice-santé -dans le cadre des transgressions sexuelles-, si bien traitée par d'autres⁹⁷. La question est surtout celle de la prise en charge d'une population pour laquelle l'on a démontré les apports positifs d'un suivi par les structures hospitalières capables d'offrir à la fois des soins psychiatriques, psychologiques ou autres. L'intérêt de ces structures réside également dans la possibilité d'un encadrement réel qui permette, dans ce domaine fort déstabilisant où des garde-fous sont nécessaires, la mise en place de soutiens aux professionnels, des formes de supervision ou la possibilité de mener des études de cas. L'exemple du service psychiatrique du CHU de Montpellier que nous

⁹⁷ Voir notamment le *Rapport de la Commission Santé-Justice* présidée par J-F Burgelin, juillet 2005, mais aussi quelques textes résultant notamment de rencontres entre professionnels : *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, AFC, Paris : Dalloz 2002 ; *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, FFP, Paris : John Libbey Eurotext, 2001 ; E. Archer, *Aggressions sexuelles : victimes et auteurs*, Paris : l'Harmattan, 1998.

analyserons *infra* montre les avantages d'une production, à partir de structures publiques de soin, de réponses plus adaptées à ce type de demande.

« On va quand même inciter la personne à aller vers un partenaire institutionnel, plutôt qu'un médecin traitant ou un psychologue libéral, on va plutôt vers un centre médico-psychologique où il y a une équipe médicale étoffée en supposant qu'on aura là une prise en charge plus cadrée et on informe le magistrat de la nature de la structure qui assure le suivi pour qu'il puisse éventuellement communiquer les expertises qu'il a au dossier à l'équipe qui assure le suivi des personnes. C'est vrai que sur la Dordogne, il n'y a pas de médecin coordonnateur et on n'a pas d'interlocuteur particulier par rapport à ça. » (Un DSPIP)

2-4 Le choc des logiques judiciaires et sanitaires

Il semblerait ainsi nécessaire de créer une meilleure articulation permettant un certain flux d'information entre le juge, le praticien et le travailleur social. Si le juge et le CIP se plaignent de ne rien connaître sur l'évolution de la thérapie, les soignants se plaignent à leur tour de ne rien connaître sur l'origine de la mesure ou sur le passé pénal de l'individu.

De leur côté, les praticiens s'inquiètent surtout de ce qu'ils considèrent comme des dérives de certains magistrats qui, sous la pression de l'institution judiciaire et de l'opinion publique, adoptent trop souvent des décisions d'obligation de soin sans aucun avis médical (ce qui est d'ailleurs prévu par la loi concernant l'obligation de soin). Ils constatent ainsi une nette augmentation de décisions de ce type, prises aussi bien par le JAP que par le juge d'instruction, et qui servent souvent à éviter la détention provisoire. De ce point de vue, la mesure est considérée comme positive en tant qu'alternative à la prison. Il reste que les soignants expriment leur impuissance devant des personnes qui viennent consulter tout en disant qu'elles n'ont rien fait. Les praticiens se retrouvent ainsi face à des situations particulières, sans savoir quoi faire et sans connaître le droit qui est le leur de s'informer auprès de l'autorité judiciaire ou de son intermédiaire, le travailleur social, responsable du suivi de la mesure.

« Un juge d'instruction dit, je ne le mets pas en détention provisoire, mais je veux l'obligation de soin ; mais sur quels critères ? C'est ce qui a fait que des collègues, confrères que j'ai rencontrés, ont exprimé leur désarroi devant ces gens qui viennent consulter, qui viennent en disant mais j'ai rien fait, et qui viennent en disant qu'ils n'ont aucune demande de soin, et ils sont là et je le dis à tous mes confrères, vous avez tout de même le droit de vous informer, de rechercher quelle est l'origine de cette obligation et à ce moment là vous comprendrez. » (Un médecin-psychiatre hospitalier - médecin coordonnateur)

Le problème de l'expertise psychiatrique est ainsi soulevé 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. Il faut rappeler que, selon la loi, seul le prononcé du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins doit être fondé sur une expertise.

« En tout cas, les deux différences essentielles entre l'obligation judiciaire de soin et l'injonction c'est que dans le premier elle peut être prise sans expertise psychiatrique et elle est imposée et dans le 2ème cas elle est prononcée après avis expertal exclusivement et avec l'accord de la personne. C'est très différent. Vous avez accepté l'injonction de soin d'une certaine manière vous êtes engagé dans ce soin. Comment comprendre qu'une personne arrive, qui ne sait même pas qu'il y a une obligation de soin, elle sait qu'elle a un sursis avec mise à l'épreuve mais dans le lot l'obligation de soins n'a pas été entendu. » (Un psychiatre libéral - expert et médecin coordonnateur)

2-5 Les réseaux

La recherche a montré que la question de la création de réseaux solides de partenaires prêts à s'investir dans des projets de réinsertion des populations en difficulté comme celle qui nous occupe, reste toujours d'actualité, notamment pour les travailleurs sociaux. Ces professionnels se voient dans l'obligation de convaincre les partenaires du fait que les personnes placées sous main de justice ont un droit au moins égal à celui des autres citoyens. Mais encore faut-il que ces partenaires soient prêts ne serait-ce qu'à échanger et à entendre les particularités du domaine. Les structures partenariales qui se sont construites avec difficulté pendant les 20 dernières années (CCPD, CDPD, CLSPD, Contrat Locaux de Sécurité, Commission contre la violence faites aux femmes...) sont en train de s'émousser et il est assez courant d'entendre les travailleurs sociaux dire combien il est difficile de recréer des espaces de communication, en particulier avec les professionnels de la santé. Ainsi, un DSPIP interviewé nous a fait part de ses efforts, vains, pour mettre en place une réunion de concertation avec les partenaires du secteur public sanitaire autour de la prise en charge des AAS. De surcroît, des courriers alertant sur la situation adressés au directeur de la DASS ainsi qu'au Préfet sont restés jusqu'à ce jour sans réponse.

Dans d'autres lieux, en revanche, les réseaux apparaissent bien implantés. Ils fonctionnent de manière satisfaisante et les partenaires sanitaires se sont saisis de l'intérêt d'un tel travail en collaboration.

« Par exemple les médecins ici à Marseille étaient plutôt frileux vis-à-vis de ce dispositif et même à certains égards suspicieux, mais comme ils ont un sens aigu quand même du service public, tous les établissements ont envoyé des représentants, disant que j'en parlerai à mon collègue médical, et je suis à peu près certain que ça n'intéresserait personne. Mais néanmoins, ils avaient fait la démarche de venir, de représenter, d'entendre, de participer et puis après de se déterminer. C'est-à-dire qu'il y avait une espèce d'acceptation. Je ne crois pas qu'on n'ait jamais eu à faire face à des refus de prises en charge, ni dans le secteur public ni dans le secteur libéral, alors même que le discours c'est, moi je ne sais pas faire ; même les plus réticents, dès lors que le patient se présente avec une obligation de soin et demandeur de soin, il est pris en charge » (...). De la même façon, quelques confrères qui exercent en libéral, acceptent tout à fait de prendre des patients, y compris ceux qui sont bénéficiaires de la CMU. Alors c'est vrai qu'on a aussi la chance, c'est toujours pareil, c'est un système de réseau quand même aussi. Il y a un partenariat assez fort à Marseille. Il doit y avoir quelque chose avec la culture, parce que au début de cette histoire, les réticences étaient fortes, en pratique tout le monde s'efforce de travailler en bonne intelligence, dans la limite de ses compétences et de sa déontologie. Il faut dire aussi que sur Marseille, il y a quand même beaucoup de personnes qui n'ont jamais été incarcérées et qui sont pourtant suivies » (Un médecin-psychiatre expert - médecin coordonnateur)

2-6 Vers l'approche psycho-criminologique ?

Il faut enfin rappeler qu'il existe un nombre significatif de médecins psychiatres qui se sont investis activement dans la prise en charge des AAS, même s'ils représentent encore une minorité dans la profession. La plupart d'entre eux sont liés à l'ARTAAS. C'est le cas du Dr R. Coutanceau, directeur de l'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie légales de la Garenne-Colombes, dont la position concernant les obligations ou les injonctions de soin nous est apparue intéressante. Le Dr Coutanceau considère que le suivi de ces mesures devrait être à la fois psychologique et criminologique. Selon lui, deux axes d'intervention doivent être dégagés. Dans un premier axe d'ordre psychothérapeutique classique, l'intervenant doit chercher à entraîner l'adhésion et la participation de la personne au traitement. Dans un second axe, de type criminologique, l'intervenant doit faire comprendre à la personne qui a commis une infraction, que la société a le droit de la contraindre à une peine et que, par conséquent, une fois qu'elle a été considérée responsable de ses actes et coupable, elle peut être légitimement condamnée à un suivi dans le cadre d'une peine.

A nos yeux, cette position allie le soin et la contrainte au soin sans les opposer. Cela fait tout l'intérêt de cette proposition. Il faut par ailleurs souligner que, contrairement à une idée répandue, nombreux sont les psychiatres rencontrés dans le cadre de l'étude à défendre une position intermédiaire mariant les deux approches, thérapeutique et criminologique même s'ils ne le formulent pas nécessairement dans ces termes. Ils se positionnent également en faveur d'une meilleure compréhension et d'une meilleure communication entre la logique judiciaire et la logique sanitaire.

Si une majorité de psychiatres présente un attachement absolu au secret professionnel et à l'adhésion aux soins du patient, il semblerait que certains aménagements à visée partenariale soient possibles. Certains soignants sont par ailleurs convaincus que ce type de patients (AAS) consulteraient de toute façon difficilement d'eux-mêmes.

« Moi j'ai plutôt l'image de quelque chose de plus adapté comme processus qu'une obligation de soin. Moi je défends très nettement cette commission (la commission qui a créé le SSJ avec IS) qui a quand même proposé l'extension de la mesure, il s'agit pas seulement de contester les indications de soin par les médecins mais c'est aussi une façon de cadrer le soin dans quelque chose qui permet que le soin ait lieu. Moi je crois que c'est ça, comment est-ce qu'on peut expliquer que le secret professionnel et pas seulement le secret médical, le secret professionnel est quelque chose d'essentiel dans la phase thérapeutique, dans la construction et qui n'est pas quelque chose qui est contre un autre professionnel et qu'on a chacun des secrets professionnels et puis qu'il y a des éléments partageables mais qui ne sont pas des secrets. Moi je crois qu'on a beaucoup à réfléchir pour construire là-dessus, de construire cet espace intermédiaire. » (Un Médecin psychiatre hospitalier - médecin coordonnateur - ancien chef service SMPR)

L'obligation et l'injonction de soins apparaissent, dans cette optique, tantôt comme une possibilité pour l'auteur de l'infraction d'avoir un contact avec l'institution sanitaire et d'initier un travail sur soi, tantôt comme un outil susceptible de déclencher, *a posteriori*, une véritable adhésion aux soins.

En revanche, comme l'expriment quelques intervenants, il convient d'être très réactif dans la relation avec la justice afin d'apporter, dès l'arrivée de la mesure -et le plus rapidement possible-, une réponse thérapeutique. Cela permet d'enclencher une continuité avec l'action judiciaire, ce qui aurait plus de sens pour le probationnaire. Il y a cependant un questionnement clair de la part des soignants quant aux obligations de soin parfois trop longues, qui vident la mesure de tout son sens.

II - Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins : Le couple JAP-médecin coordonnateur

Le suivi socio-judiciaire (SSJ) constitue une peine complémentaire aux peines privatives de liberté délictuelles et criminelles. Il peut être prononcé à titre de peine principale pour les délits et à titre de peine complémentaire à la peine privative de liberté (avec ou sans sursis) pour les crimes. En ce qui concerne les auteurs d'agressions sexuelles, le SSJ peut comprendre, après expertise montrant sa pertinence, une injonction de soins. Celle-ci peut être ordonnée lors du prononcé initial du SSJ, ou plus tard par le JAP, après une nouvelle expertise et à condition que le SSJ ait été préalablement prononcé

Nous n'allons pas traiter ici des multiples points d'ancrage juridiques de cette peine, mais plutôt de certaines pratiques relevant de son application⁹⁸ encore récente.

Il apparaît ainsi important de mettre en relief les différents écueils suscités par la complexité du dispositif inédit qu'elle met en place, notamment par la création d'un nouvel intermédiaire entre le système judiciaire et le système sanitaire : le médecin coordonnateur. Contrairement aux SME avec obligation de soin, où le travailleur social sera le responsable du suivi de la mesure devant le JAP, dans le SSJ ce sera le médecin coordonnateur le responsable du suivi opérationnel de la mesure devant le JAP. Le législateur a ainsi pratiquement évincé le SPIP du dispositif global du SSJ.

1 - Un dispositif encore relativement peu utilisé car trop dépendant du relais sanitaire

Mesure phare de la loi du 17 juin de 1998, le suivi socio-judiciaire peine néanmoins à se mettre en place, faute de médecins coordonnateurs et de médecins traitants. C'est pourquoi, bien que son application soit en augmentation progressive pour les cinq premières années, seul un total de 3 244 peines de suivi socio-judiciaire ont été prononcées par les tribunaux. On est tout de même passé de 265 SSJ prononcés en 2000 à 1063 prononcés en 2004. Il faut rappeler que le décret d'application de la loi du 17 juin 1998 fut publié seulement deux ans après son adoption -le 18 mai 2000-, et que c'est suite à la publication au Journal officiel des deux arrêtés du Ministère de la santé en mai 2001 (encore un an après) concernant le suivi socio-judiciaire et la rémunération des médecins intervenants, que les premières mesures ont véritablement pu se mettre en œuvre.

Nombre de Suivis Socio-Judiciaire Prononcés 2000/2004⁹⁹

2000	2001	2002	2003	2004
265	421	642	853	10063

Face à la difficulté réelle de manque de formation spécifique pour la prise en charge des AAS de la part des médecins libéraux qui devaient être partie prenante du dispositif, le Directeur Général de la Santé a demandé, le 27 juin 2000, à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) d'élaborer « *des recommandations pour la pratique clinique sur la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles* ». Pour sa part, cette agence a délégué à la Fédération Française de Psychiatrie l'organisation d'une

⁹⁸ Pour approfondir sur les aspects juridiques et de procédure de son application, voir la fiche annexe, *Le Suivi Socio-Judiciaire*, extraite du « Classeur de Droit Pénitentiaire » élaboré par l'ENAP, 2005.

⁹⁹ Annuaire statistique de la Justice, Edition 2006, La Doc. française, Paris, Juin 2006.

conférence de consensus qui s'est déroulée les 22 et 23 novembre 2001. Nous avons pu constater que les résultats de cette conférence de consensus sont largement connus et cités par les divers intervenants psychiatres et psychologues, constituant une véritable référence en la matière.

Le décret de mai 2000 venait régler les relations entre le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le juge de l'application des peines mais ne statuait pas sur le rôle des travailleurs sociaux du SPIP dans le suivi socio-judiciaire. Pour cette raison, la fonction de ces professionnels se limite à un suivi « distancé » de la personne avec des interventions semblables à celles faites dans un SME, à la différence que dans le suivi socio-judiciaire, c'est le médecin coordonnateur qui reste garant de 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 charge qu'il leur est difficile d'assurer, comme nous l'expliquons plus haut. La charge de travail est telle que le fait de se voir partiellement dispensés du suivi de cette mesure ne leur pose pas de problèmes particuliers. Ils portent, néanmoins, un regard plutôt sceptique sur un dispositif qui, à leur avis, est trop compliqué et dont le contrôle échappe au Ministère de la justice.

2 - De nouveaux partenariats, de nouvelles pratiques

De leur côté, les médecins coordonnateurs, qui connaissent les difficultés des travailleurs sociaux du SPIP pour mettre en place un véritable suivi des soins, se considèrent comme mieux placés pour le faire, même si le dispositif soulève certains questionnements sur le plan éthique, notamment par rapport au secret professionnel et par rapport à l'articulation avec le JAP.

« On n'a pas beaucoup de contact avec les CIP. Peut-être sont-ils libérés d'une charge qu'ils ne sont pas capables, pas parce qu'ils ne sont pas compétents, mais malheureusement ça dépasse leurs capacités d'accompagnement l'obligation judiciaire de soin. Honnêtement pour les avoir souvent entendus, ils disent tous que l'obligation judiciaire de soin les dépasse totalement. C'est-à-dire qu'ils sont rivés à un certificat médical problématique sans savoir si la personne qui le donne le fait par complaisance, par lassitude ou parce qu'il se passe quelque chose, et donc les travailleurs sociaux du SPIP manifestement sont en souffrance dans l'obligation judiciaire de soin. Le fait qu'il y ait un médecin coordonnateur pose des problèmes sur le plan éthique, on en a parlé, mais sur le plan de la conduite, de l'accompagnement des confrères à l'extérieur, il vaut mieux que ce soit quelqu'un évidemment qui connaisse le dispositif, qui a un peu l'expérience, l'habitude et donc de ce point de vue-là aide le confrère à travailler. Sur le plan pratique le fait de libérer le SIP qui ne peut pas assumer ça, je pense qu'on est beaucoup plus dans la réalité du travail. » (Un médecin psychiatre expert et médecin coordonnateur)

Ainsi, les différents médecins coordonnateurs rencontrés sont convaincus que, au niveau de l'accompagnement et de l'orientation des médecins traitants, il est plus pertinent que ce soit quelqu'un de la profession qui soit à l'interface entre les différents partenaires et le patient même. Le fait d'avoir de l'expérience et d'être en mesure d'aider les intervenants en cas de difficulté est considéré par les médecins coordonnateurs comme une « valeur ajoutée » qu'ils apportent au dispositif.

Il faut souligner que bon nombre de médecins coordonnateurs étaient déjà impliqués d'une façon ou d'une autre dans la prise en charge des AAS, soit en tant qu'experts, soit en tant que chefs de services dans les prisons. Il y en a aussi qui cumulent plusieurs fonctions : chefs de services en prison, experts et médecins coordonnateurs ou experts, médecins coordonnateurs et médecins traitants¹⁰⁰. Cette situation est un bon indice de la pénurie de spécialistes, le domaine étant encore limité à un groupe relativement restreint de professionnels de la psychiatrie.

Nombreux sont ceux également qui reconnaissent faire ce travail plus par engagement que par profit, compte tenu des revenus fixes escomptés : 426.86 euros pour l'année par personne dans un suivi complet et 213.43 si le suivi est de trois mois¹⁰¹. Selon la loi, un médecin coordonnateur peut être responsable de 15 dossiers au maximum. On dénombre des juridictions où l'on commence à dépasser ce seuil, à cause du nombre limité de médecins coordonnateurs engagés mais aussi en raison de l'élargissement de

¹⁰⁰ La loi le permet à condition que le médecin n'exerce pas deux fonctions à la fois sur un même cas.

¹⁰¹ Arrêté du 7 mars 2001.

l'application de la mesure, résultat de la loi du 9 mars 2004¹⁰². C'est le cas à Montpellier où il y a actuellement 3 médecins coordonnateurs pour un total de 56 suivis socio-judiciaire en place. Des dossiers en instance commencent ainsi à s'accumuler.

2-1 Le rôle fédérateur du JAP

Une différence importante entre le SSJ et d'autres mesures comme le SME est le fait que le JAP, qui doit assurer son bon déroulement, a une implication beaucoup plus importante dans le dispositif. Il prend aussi part de façon active (avec le Procureur de la République dans certaines juridictions, tout seul dans d'autres) à la désignation des médecins coordonnateurs. Comme l'indique la loi, « *la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines dans le ressort duquel elle a sa résidence habituelle* ».

Quand le SSJ entre en application, le JAP convoque le condamné et lui rappelle les obligations prévues par la loi. Parmi les médecins coordonnateurs nommés, il désigne celui qui sera responsable du suivi et lui notifie, ainsi qu'au SPIP, le début de la mission. C'est encore le JAP qui reçoit ensuite, une fois par an, les rapports du médecin coordonnateur sur l'évolution de la mesure. Il réunit également une fois par an tous les médecins coordonnateurs pour évaluer l'évolution des mesures et discuter des difficultés rencontrées. Il est par ailleurs censé rencontrer le condamné une fois par an mais, hormis les cas d'incident, ils ne le font que très rarement en raison de la charge de travail.

¹⁰² L'augmentation dans l'application du SSJ risque de s'accroître dans les années à venir car la loi du 9 mars 2004 (Perben II) élargit l'application de la mesure à certains crimes contre la personne : meurtre ou assassinat précédé ou accompagné de tortures ou d'actes de barbarie.

« Nous avons décidé que tous les SSJ soient gérés par le même JAP comme ça nos partenaires ont un seul interlocuteur. Il faut être très vigilants. Je reçois une fois tous les condamnés au début du suivi. Je ne les revois pas mais l'année prochaine je compte m'organiser pour le revoir une fois par an, pour leur rappeler le cadre. Ces sont des dossiers qui me demandent beaucoup de travail, il faudrait qu'on reconnaisse que c'est des dossiers qui prennent le double de temps. On ne gère pas ces dossiers comme les autres. C'est une population spécifique mais il ne faut pas tout mélanger, il faut faire la différence entre les différents types d'agresseurs sexuels. Par contre, une audition avec un pervers, en prison ou à l'extérieur, ça prend de l'énergie. Il faudrait être formé pour ça. Je comprends que les CIP soient mal à l'aise avec ces dossiers. Il faudrait accepter qu'il y ait des professionnels qui ne prennent pas tout en charge... Nous, il faut être en interface avec les médecins coordonnateurs et avec le SPIP. Je leur fais une copie de tout le dossier et de chaque nouveau document. Ici ça fonctionne assez bien. Je pense que la loi de 98 a été une bonne chose. Il y a des choses à parfaire mais elle marche. Je viens de réunir les 3 médecins coordonnateurs. En novembre on a programmée une réunion conjointe avec les médecins traitants. Maintenant on fera un imprimé type que les médecins traitants devront signer pour donner leur accord. Dans l'ensemble, il n'y a pas de difficultés majeures. » (Un JAP - Vice président du Tribunal de l'Application des Peines)

2-2 Le rôle médiateur du médecin coordonnateur

Pour sa part, le médecin coordonnateur reçoit tout d'abord une première fois l'injoncté pour faire une évaluation de la situation, lui expliquer son dossier et évaluer avec lui ses projets sur la prise en charge (choix du médecin traitant notamment). Vient ensuite le moment de l'articulation avec le médecin traitant, une fois que la personne l'a sélectionné. Le médecin coordonnateur se met en contact avec lui pour lui expliquer le dispositif et passer un « contrat de travail » dans le sens des engagements relatifs à un bilan annuel sur l'évolution du patient. Il lui transmet, quand il les a, les expertises produites et se met à sa disposition en cas de difficulté. Ensuite, il fait un bilan avec le médecin traitant sur l'évolution de la mesure -une fois par an- et, séparément, il reçoit à nouveau le patient, avant de transmettre son rapport au JAP. En cas d'incident, ou de manquement de l'injoncté vis-à-vis de ses engagements, le médecin coordonnateur prévient immédiatement le JAP.

Il faut rappeler que le médecin traitant demeure soumis au secret professionnel. Pour autant, son habilitation à informer le magistrat ou le CIP de l'interruption du traitement ne constitue pas une atteinte au secret professionnel. Il ne s'agit d'ailleurs en aucun cas d'une obligation, contrairement à celle qui pèse sur le médecin coordonnateur. Le médecin traitant peut aussi choisir d'avertir le médecin coordonnateur, qui préviendra alors le juge de l'application des peines.

« Moi j'avais comme règle de les rencontrer deux fois par an et dans certains cas il est arrivé que je prévienne le médecin traitant et son patient que je le reconvoquerai dans deux mois parce que j'étais pas sûre, je voulais le revoir. Il y en a d'autres qu'il fallait revoir pour s'assurer, les accompagner. Moi je travaillais beaucoup avec le CIP Alors c'est vrai que les médecins traitants je les rencontrais mais à d'autres réunions et on ne parlait pas de ces patients là, moi j'ai toujours respecté leur travail thérapeutique, je leur envoyais un courrier type en leur disant, voilà je me tiens à votre disposition ; je savais très exactement ce que j'avais dans le dossier et ce que je pouvais leur transmettre, je ne leur transmettrai pas systématiquement tous les éléments, je leur rappelais qu'à tout moment j'étais là en cas de problème, et je leur demandais un engagement écrit que j'avais souvent beaucoup de mal à obtenir. J'avais organisé des réunions d'information avec mon collègue, et autres choses à côté. Un travail de ce type-là pour moi est impossible sans avoir autour un travail de réseau et d'information. (...) L'essentiel de mon travail en tant que médecin coordonnateur c'était beaucoup de comment arriver à motiver les collègues d'accepter de suivre les patients et pas de valider ou pas valider le soin. » *(Un médecin psychiatre - ancien médecin coordonnateur)*

Globalement, les médecins coordonnateurs rencontrés indiquent que le contact avec les médecins traitants se fait sans difficulté majeure. Si ces derniers sont au départ un peu surpris par le dispositif, l'assurance qu'ils demeureront libres sur le plan de la prise en charge permet d'enclencher une bonne base de collaboration.

« Alors le premier contact a été me semble-t-il un peu comme une observation, c'est-à-dire que les médecins traitants se demandaient un peu ce qu'on allait faire, ils étaient un peu surpris, mais bon personnellement je leur ai fait comprendre que je n'entendais pas m'occuper directement de la prise en charge mais que j'étais plutôt au service de ce qu'il paraissait efficace de faire, que s'il avait une difficulté j'étais là exclusivement pour articuler avec le juge s'il y avait un problème. Donc je me suis mêlé aucunement de la prise en charge directe, si ce n'est pour interroger le confrère sur le fait de savoir s'il avait le sentiment que la personne venait non pas seulement pour le seul certificat mais pour le travail réel sur lui-même. La réponse a été (parce que je les contactais régulièrement par la suite) toujours très convivial, très dans la concertation. A ce moment-là je n'ai compté aucune difficulté. (...) Le contact avec le JAP se fait, n'importe comment une fois par an. Nous avons voulu faire une réunion de travail à Marseille mais en essayant d'associer les médecins traitants du terrain, donc les médecins coordonnateurs, les JAP et les personnes qui suivent pour peut-être que les JAP puissent comprendre les difficultés que rencontrent nos confrères. Mais nous nous sommes heurtés à une fin de non recevoir de la part des JAP qui ne voulaient rencontrer que les médecins coordonnateurs. » *(Un psychiatre libéral - expert et médecin coordonnateur)*

En revanche, certains médecins coordonnateurs s'insurgent contre le fait que ce dispositif est lourd en comparaison aux moyens humains mis à leur disposition. : « Comment parler d'obligation de soin quand il n'y a pas moyen de garantir ces soins ? ».

Un médecin coordonnateur indiquait ainsi en parlant du dispositif :

« C'est très débutant, balbutiant, mal organisé, je n'ai pas les papiers que je devrais avoir, les dossiers, ça marche pas quoi. Et ce qui m'ennuie c'est que je n'arrive pas à obtenir, enfin, j'ai du mal à obtenir des médecins traitants qu'ils m'écrivent, qu'ils suivent. Mais bon la France est terriblement conservatrice, c'est le problème. Les médecins traitants devraient être soulagés du fait qu'il y ait un médecin coordonnateur, pour pouvoir échanger, mais non, je fais un rapport, je fixe un peu les choses, mais bon, ils ne sont pas habitués. » (Un médecin psychiatre - chef de service hospitalier - expert et médecin coordonnateur)

Tandis qu'un autre apporte des nuances aux carences actuelles :

« Alors, ce qu'avance toujours la justice (dans les échanges avec « la santé ») c'est qu'il n'y a pas de médecin coordonnateur partout. J'ai envie de dire, « mais c'est pas grave » ! ;. Si jamais il faut aller voir le médecin coordonnateur dans le département à côté deux fois par an c'est pas grave. Moi je crois que ce n'est un obstacle que parce qu'on veut que ce soit un obstacle. » (Un médecin psychiatre - chef de service hospitalier - médecin coordonnateur)

Il ressort enfin de nos observations que, si dans les grandes villes le dispositif commence à fonctionner correctement, des difficultés persistent dans les villes moyennes et petites et certains départements où l'on dénonce un manque réel de psychiatres. Comme nous l'indiquions *supra*, nombreuses sont encore les villes où il n'y a pas de médecin coordonnateur et nombreuses sont également celles où les médecins traitants sont réticents à prendre en charge cette population, faute, le plus souvent, d'une formation adaptée. C'est pourquoi (comme indiqué dans la première partie) des initiatives (émanant parfois d'ailleurs de médecins coordonnateurs) ont été prises dans certaines villes afin de permettre à certains professionnels, notamment psychiatres ou psychologues, de se spécialiser.

Enfin, il nous semble utile d'illustrer, avec l'exemple de la ville de Marseille, une méthodologie pour le recrutement des médecins coordonnateurs qui semble avoir donné de bons résultats. Elle contraste avec d'autres pratiques recensées par l'étude qui montrent que, dans certains endroits, les médecins sont sollicités directement par les JAPs afin qu'ils deviennent coordonnateurs.

Il y a actuellement à Marseille 5 médecins coordonnateurs qui traitent 5 à 8 dossiers en moyenne. La sélection de ces médecins s'est faite d'une façon très transparente et en accord avec la loi. En effet, suite à la publication dans le JO des arrêtés du Ministère de la santé en 2001, le procureur général du TGI de Marseille a invité les syndicats de psychiatres hospitaliers et libéraux à des réunions de concertation en présence du président du tribunal de l'application des peines et des représentants des quatre hôpitaux

psychiatriques de Marseille. Une liste de tous les psychiatres de la région de Marseille a ensuite été établie auprès desquels le procureur général a lancé un appel à candidature pour un poste de médecin coordonnateur. Cinq psychiatres ont répondu à l'appel. Tous ont été retenus. Ils suivent actuellement une quarantaine de dossiers au total.

A l'initiative des médecins coordonnateurs, il avait été proposé il y a un certain temps aux JAP de Marseille, d'organiser une réunion entre les médecins coordonnateurs, les médecins traitants et les magistrats afin que ces derniers prennent connaissance des difficultés rencontrées plus spécifiquement par les médecins traitants dans le déroulement du dispositif. Les JAP ont néanmoins refusé cette rencontre en arguant que, selon la loi, leur seul interlocuteur est le médecin coordonnateur. De leur côté, les médecins disent regretter ce type d'attitude d'autant que dans certaines juridictions un dialogue inter-professionnel s'est établi ; qui est à l'origine d'une transversalité de plus en plus nécessaire à l'existence du dispositif.

En tant que pivot du dispositif, le JAP devrait, à défaut de la promouvoir, rester ouvert à cette relation partenariale.

3 - Un bilan plutôt positif, malgré d'importantes difficultés de généralisation

Il est encore trop tôt pour évaluer définitivement le dispositif mis en place par la loi de juin 1998, notamment si l'on tient compte des difficultés rencontrées pour sa généralisation. Il est également trop tôt pour mesurer son impact sur la récurrence 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 global dans le cadre de la prise en charge 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, 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.

Ils constatent, comme le font la plupart des équipes soignantes qui réalisent des interventions en milieu ouvert, que certains injonctés mettent fin à leur traitement le jour même de la fin de leur obligation de suivi, tandis que d'autres souhaitent s'impliquer d'avantage en poursuivant les soins au-delà du terme fixé. Ils restent ainsi en lien avec les médecins. Les soignants avouent également avoir de réelles difficultés à faire face à la demande une fois qu'ils décident de s'occuper de ce type de pathologies. Enfin, médecins coordonnateurs et médecins traitants s'accordent sur les difficultés rencontrées pour faire comprendre aux magistrats la différence entre la logique de prise en charge thérapeutique et la logique pénale. Ils s'interrogent aussi sur l'efficacité des suivis socio-judiciaires trop longs (10, 15 ou 20 ans)¹⁰³, où la possibilité d'un réel travail clinique est mise à mal. Ils se disent d'ailleurs opposés à un engagement dans des suivis trop longs dénués d'un véritable sens thérapeutique.

« Il y en a qui ont des injonctions de soin 15 ans avant la sortie, et franchement ça correspond pas à grand chose. Enfin, 30 ans de suivi ça peut avoir du sens pour certaines personnes, mais je ne suis pas sûr que ça en ait beaucoup et que ce sera toujours très très aigu » (...)« Je crois que c'est quelque chose qu'il faut expliquer aux partenaires de justice. Le soin c'est pas forcément cadré, donc là il va une fois par semaine chez son thérapeute, une fois par mois chez son psychiatre et comme ça il sera soigné, mais ce n'est pas comme ça ; des fois il y a des temps où il va aller toutes les semaines et après il y a des temps où il va le voir tous les trois mois, ce n'est pas parce qu'il va pas le voir qu'il n'avance pas, c'est parce que c'est pas utile à ce moment-là. L'important c'est qu'on garde un contact, qu'on garde un lien et que ces contrats soient fondés sur son évolution à lui, sur ce qu'il est, sur ce qu'il perçoit de ce qu'il est comme sujet, c'est ça qui est important, et il peut y avoir des temps variés de prise en charge. Si la personne a évolué il peut y avoir un espacement, parce que c'est pas nécessaire que ce soit toujours une thérapie hyper-active, et que ça ne va pas être toujours la même chose. » (Un médecin psychiatre - chef de service clinique)**

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.

Un aspect important soulevé par certains JAP concerne des erreurs qui seraient commises par certains tribunaux correctionnels au moment du prononcé de la peine. Ainsi, il y aurait parfois confusion entre les articles du CPP relatifs à l'obligation de soins

¹⁰³ Selon la loi, le suivi socio-judiciaire peut aller jusqu'à 30 ans.

et ceux relatifs à l'injonction de soins. Par ailleurs on oublierait quelquefois de prononcer de façon explicite l'injonction de soins avec le prononcé du suivi socio-judiciaire en considérant, à tort, que le seul prononcé du suivi socio-judiciaire suffit pour mettre en place l'injonction de soin.

Quant à la mise en œuvre de la peine, on relève des problèmes de coordination au moment de transmettre le dossier du détenu au Tribunal de l'Application des Peines du ressort du lieu de résidence du condamné, notamment quand les détenus ont fréquenté plusieurs lieux de détention. L'autorité qui doit prévenir la juridiction compétente n'est pas prévue par les textes, ce qui provoque des retards voire des loupés, des dossiers n'auraient en effet jamais été transmis aux tribunaux compétents. Trois propositions peuvent être dégagées des discours des JAP. Premièrement, qu'il existe un seul dossier pénal par condamné et que celui-ci « suive » réellement le détenu en cas de transfert. Ensuite, que dans la fiche pénale de détention il soit toujours inscrit le fait qu'une peine de suivi socio-judiciaire a été prononcée afin que le JAP de la détention en prenne connaissance. Il serait ainsi en mesure de faire les incitations aux soins et, éventuellement de prévenir le JAP du lieu de résidence de la sortie du détenu. Enfin, dans l'attente d'une décision officialisée par les textes, il a été proposé que l'Administration pénitentiaire soit chargée de prévenir le Tribunal de l'application des peines concerné, de la sortie du détenu ; et de lui transmettre le dossier pénal.

III - Le « post-pénal » ou l'initiative des équipes soignantes

Sous ce nom générique, on englobe les diverses interventions qui se font *après la prison*. Pour les AAS, il s'agit notamment d'un suivi psychologique et psychiatrique, mais aussi social. Il va de soi que le moment de la libération est l'un des plus délicats –si non le plus délicat- dans le processus de prise en charge globale des AAS, comme de tout autre détenu.

Comme pour le suivi socio-judiciaire, la qualité de la prise en charge post-carcérale varie considérablement d'une région à l'autre, et même d'une ville à l'autre. Quelques dispositifs se mettent en place depuis peu pour mieux assurer notamment la continuité des soins.

Ce sont les grandes villes, une fois de plus, qui sont les mieux dotées, car elles disposent d'une plus grande concentration de médecins et de services publiques permettant cette prise en charge. Comme dans tout le système de santé, ce suivi est organisé par secteurs. Ainsi, les détenus qui ont été suivis en détention sont orientés vers la structure de soins du secteur (CMP –centre médico-psychiatrique-) de leur lieu de résidence.

Néanmoins, nombreux sont les sortants de prison qui ne savent pas exactement où ils vont habiter ; ceux qui vont faire un passage par un centre d'hébergement social ou ceux

qui vont rester sans domicile fixe durant une période. Les services sanitaires et sociaux doivent composer avec ces paramètres en essayant de donner une cohérence au suivi.

Les différents soignants interviewés (SMPR ou UCSA) sont formels sur le fait qu'aucun détenu pris en charge en détention ne sort de prison sans l'adresse du CMP du secteur permettant d'assurer la continuité du traitement, et cela vaut particulièrement pour les AAS. Nonobstant, ces personnels reconnaissent 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.

Face à cette situation, certains services s'organisent de façon parfois déterminée afin d'assurer la continuité de la prise en charge en faisant intervenir la même équipe de professionnels à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. Nous avons pu constater ce type de fonctionnement, par exemple, à Montpellier où le service du Dr. Cros, médecin psychiatre, chef de service aussi bien à la MA de Villeneuve-lès-Maguelones que au CHU de la Colombière (hôpital psychiatrique de Montpellier), a entrepris, il y a quelques années, une distribution des heures de service entre le milieu fermé et le milieu ouvert. Cette organisation s'avère bénéfique dans le cadre de la prise en charge des AAS et en particulier des condamnés à de courtes peines qui sortaient de prison avant que la prise en charge en détention ait permis un réel travail thérapeutique. Depuis, le service post-pénal s'est ouvert également aux condamnés à des SME avec obligation de soin non incarcérés, qui sont, aux dires des professionnels de la santé, de plus en plus nombreux ; ainsi qu'aux SSJ. L'accueil des patients en suivi extérieur se fait à l'Hôpital la Colombière.

L'équipe de professionnels réunie dans un Dispositif de soin psychiatrique (DSP) est composée de 4 psychiatres (1,6 TP), 4 psychologues cliniciens (3 TP), 1 alcoologue (0,20 TP) et une éducatrice spécialisée en toxicomanie (0,50 TP). Cette équipe a développé une véritable expertise dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (deux des psychologues cliniciens faisaient déjà partie de la recherche menée par le Dr. Claude Balier dans les années 93-95) et ont mis en place une prise en charge de chaque patient par binômes psychologue-psychiatre, qui s'est avérée très pertinente pour ce type de patients¹⁰⁴. Elle est pratiquée aussi bien en milieu fermé qu'en post-pénal. Ils ont également mis en place des réunions hebdomadaires de service pour l'étude des cas, et des réunions bimensuelles d'articulation avec le SMPR de rattachement (MA de Perpignan) sur la prise en charge de patients transférés (notamment des AAS) et sur des questions de formation.

Tel qu'il est expliqué dans le rapport d'activité 2005 du DSP : « Le suivi post-pénal s'avère incontournable et complémentaire de la prise en charge psychiatrique proposée dans les locaux de l'UCSA. Pour le DSP il s'agit d'un enjeu de développement majeur pour

¹⁰⁴ Voir en annexe le document concernant la prise en charge des AAS par l'équipe rattachée au CHU de Montpellier et intervenant à la MA de Villeneuve lès Maguelones.

notre activité des prochaines années ». Et, en se référant aux obligations et injonctions de soins pré- ou post-carcéraux, le rapport indique, « ...la collaboration entre le judiciaire et la psychiatrie se développe...Nous seront encore plus mobilisés dans les prochaines années dans le cadre de la surveillance électronique, la semi-liberté ou le placement à l'extérieur (l'hôpital pouvant être un lieu extériorisé) en collaboration étroite avec le SPIP et les JAP. Ces sollicitations posent des nombreux problèmes éthiques aggravant les lignes de tensions entre soins et instrumentalisation à visée de régulation sociale »¹⁰⁵.

D'autres services ont également mis en place des possibilités de suivi à l'extérieur. C'est le cas de l'équipe du SMPR de Fresnes dont les accueils post-carcéraux ont été créés depuis trois ans à l'Hôpital de Villejuif, notamment pour les AAS sortant de prison ayant des difficultés à se faire suivre par leur secteur de rattachement, ainsi que pour les suivis socio-judiciaires. Ils ont également établi une coordination avec le Tribunal de Créteil pour les obligations de soin sans incarcération. Au total, environ 200 personnes ont été suivies dans ces consultations externes ; près de 40% concernait des AAS.

Soulignons enfin, qu'une collaboration a été établie entre l'équipe du SMPR de Fresnes et l'Antenne de Psychiatrie et Psychologie Légale de la Garenne-Colombes du Dr. Coutanceau, pour une prise en charge « bilatérale » de certains auteurs d'infractions sexuelles avec obligation ou injonction de soins. De ce fait, l'équipe du Dr de Beaurepaire (SMPR) assure le suivi individuel de ces personnes tandis que l'équipe du Dr. Coutanceau assure leur suivi en groupe de parole.

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 CMP. 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. C'est par exemple la pratique du SMPR de la MA de Paris-la-Santé qui a fait le choix, tout en orientant les détenus vers le centre hospitalier Sainte-Anne auquel ils sont rattachés, de ne pas participer directement dans la prise en charge extérieure.

Le médecin-chef du SMPR, le Dr. Dormoy, insiste ainsi sur le besoin d'organiser le traitement en prison des AAS en fonction de la préparation à la sortie, à travers une prise en charge psychiatrique et psychologique plus concentrée sur la fin de la peine. Dans cette organisation, les rendez-vous avec les patients se tiennent de façon systématique - comme dans toute thérapie traditionnelle-, 3 ou 4 fois par semaine. La chef de service a aussi le projet (déjà formalisé) de créer un centre pour des détenus longues peines sortants de prison, rattaché au SMPR, dans le but explicite de faciliter le difficile passage de la sortie. En revanche, elle se dit opposée, pour des raisons de déontologie, à ce que des détenus AAS prévenus participent à ce type de thérapie. Elle se dit également contre

¹⁰⁵ Dr. M. Lacambre et Dr R Cros, *Rapport d'activité du dispositif de soin psychiatrique*, Maison d'arrêt de Villeneuve lès Maguelonnes, 2005.

la création de dispositifs destinés aux seuls AAS, ce qui, à son avis, équivaldrait à faire l'amalgame entre catégories pénales et catégories psychiatriques.

IV - Le bracelet électronique, à la croisée de différentes mesures, mais avec un impact réduit sur la prise en charge des AAS

La loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 a introduit la possibilité d'exécuter une peine d'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à un an, sous le régime de la surveillance électronique. Le placement sous surveillance électronique (PSE) est un mode d'exécution d'une peine privative de liberté, en dehors d'un établissement pénitentiaire, dans un lieu fixé par le juge -sous son contrôle-, et mis en œuvre par les personnels pénitentiaires. Cette mesure est applicable dans le cadre d'un aménagement de la peine d'emprisonnement ou dans le cadre d'une détention provisoire (décret du 3 avril 2002). La loi du 9 mars 2004 permet le prononcé de la mesure dès la phase de jugement et fait d'elle l'une des trois possibilités d'aménagement de fin de peine pouvant être proposées par les directeurs d'insertion et de probation. Enfin, le décret du 17 mars 2004 donne la possibilité de l'utiliser dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

Le PSE « permet au prévenu ou au condamné de maintenir les liens familiaux, de conserver une activité professionnelle, de suivre une formation ou d'effectuer des démarches de soins. Il a donc vocation à participer à la lutte contre la récidive »¹⁰⁶.

A ce jour, les auteurs d'agressions sexuelles sont encore très peu concernés par cette mesure qui a commencé réellement à s'appliquer en octobre 2000, initialement dans 4 sites pilotes. Un rapport a été rendu sur les premiers résultats de l'application de la mesure, en mai 2002. Il montrait l'évolution lente de la mesure (15 placements en 2000 ; 128 en 2001 ; 359 en 2002)¹⁰⁷. Depuis, le nombre de placements accordés a augmenté de façon beaucoup plus rapide pour arriver actuellement à un total général de placements accordés -depuis le début de l'expérimentation-, de 9 425 placements au 1^{er} mars 2006¹⁰⁸.

Dans la continuité de la première étude, une deuxième recherche analysait de façon plus détaillée les populations concernées par la mesure. En étudiant 90% des placements terminés au cours de la période d'octobre 2000 à juillet 2003, les résultats montrent que, sur 580 placements sous surveillance électronique, uniquement 38 ont concerné des auteurs d'agressions sexuelles, soit, 6,6% du total. La partie la plus importante a

¹⁰⁶ Circulaire du 23 décembre 2005 du Garde des Sceaux, *relative au placement sous surveillance électronique*.

¹⁰⁷ Kensey, A. Pitoun A., Lévy R., Tournier P., *Sous surveillance électronique, La mise en place du "bracelet électronique" en France (octobre 2000-mai 2002)*, *Collection Travaux & documents n° 61*, DAP, 2003.

¹⁰⁸ Statistiques de l'Administration pénitentiaire.

concerné des vols (146), représentant 25,2% des cas et les violences (120) avec 20,7% des cas¹⁰⁹.

Cela concorde avec les informations avancées par un juge d'application des peines, le seul parmi ceux interviewés qui suivait ce type de mesure. Sur les 25 personnes placées sur surveillance électronique dans sa juridiction (suivis par 3 JAP), deux seulement étaient des auteurs d'agressions sexuelles. Dans ces deux cas, on avait pris la décision de remplacer le placement en établissement de semi-liberté par la mise en place d'un bracelet électronique, notamment pour des raisons d'éloignement géographique par rapport au lieu de travail. Ce magistrat expliquait que, pour ce type de condamnés (et dans le cadre d'une peine mixte avec un SME avec obligation de soin), le bracelet électronique a été utilisé comme un « appât » afin d'amener la personne à se faire soigner. Un accord est ainsi passé avec le condamné afin de lui placer un bracelet électronique une fois seulement qu'il a entamé une démarche de soin. On maintient par la suite l'obligation de soin couplée de la surveillance électronique.

La dernière évolution en la matière est apportée par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales¹¹⁰ en instaurant, à titre expérimental, le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) dont la généralisation est prévue courant mai 2008. Celui-ci constitue un prolongement du placement sous surveillance électronique (PSE) et offre de nouvelles perspectives en matière de peines puisqu'il est applicable dans le cadre du suivi socio-judiciaire¹¹¹ à titre de mesure de sûreté (art. 131-36-9 et s. CP et 763-10 CPP) et de la surveillance judiciaire (art. 723-29 CPP). Le PSEM permet ainsi de savoir à chaque instant le lieu où le condamné se trouve. En outre, ce système est censé permettre aux services de l'Administration pénitentiaire de notifier immédiatement au porteur du bracelet une violation de ses obligations, ainsi que -si nécessaire-, aux services de police d'intervenir rapidement. Désormais coexistent deux systèmes de placements sous surveillance électronique : l'un à domicile, l'autre mobile.

Le placement sous surveillance électronique mobile ne peut être ordonné par la juridiction de jugement qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans, dont une expertise médicale a constaté la dangerosité¹¹². Cette mesure doit apparaître indispensable pour prévenir la récidive à compter du jour où la privation de liberté prend fin. Le Juge de l'application des peines peut également l'ordonner et il détermine aussi la durée pendant laquelle le condamné sera effectivement placé sous surveillance électronique. Elle ne peut excéder deux ans, renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en

¹⁰⁹ Hazard A., Kensey A., Lévy R., Le placement sous surveillance électronique: une mesure désormais prise en compte, *Cahiers de démographie pénitentiaire n° 16*, DAP, mai 2005.

¹¹⁰ Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, *J.O.*, 13 décembre 2005 ;

¹¹¹ Un décret en Conseil d'Etat déterminera les conditions d'application de cette disposition.

¹¹² Selon le nouvel article 131-36-10 du code pénal.

matière criminelle¹¹³. Le JAP peut assortir sa décision de placement de mesures prévues en matière de mise à l'épreuve¹¹⁴.

La mesure peut être retirée à la demande du condamné ou en cas de manquement à ses obligations, d'inobservation des interdictions, d'une nouvelle condamnation ou d'inconduite notoire.

Les avantages supposés des deux types de surveillance électronique sont importants notamment, pour le cas du PSEM, dans la prévention de la récidive et la protection des possibles victimes d'agressions sexuelles. Il aura -on l'espère-, un effet dissuasif et permettra, surtout, un meilleur repérage des auteurs de la part des services de police judiciaire. En permettant d'intégrer des interdictions de lieux et de détecter immédiatement le franchissement de cette zone par le placé, le PSEM devient, également, un outil particulièrement intéressant pour la protection des victimes.

Cependant, pour ce qui est du PSE, il faudra attendre sa généralisation avant d'évaluer son réel impact notamment en tant que mesure alternative à la prison.

En ce qui concerne les AAS, ils seront sûrement plus concernés par le système de placement sous surveillance électronique mobile ; mais il faudra attendre son application réelle, avant d'évaluer son impact sur la prévention de la récidive, puisque la loi du 12 décembre 2005 n'a pas d'effet rétroactif.

Bilan et préconisations

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

Préconisation 17 : 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 18 : 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

¹¹³ Selon le nouvel article 131-36-12 du code pénal.

¹¹⁴ Voir les articles 132-44 et 132-45 du code pénal concernant les obligations du régime de la mise à l'épreuve.

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 19 : 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 20 : 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 21 : 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 22 : 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 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 »¹¹⁵.

Préconisation 23 : 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 différents 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.

¹¹⁵ 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.

■ **Préconisations concernant l'exécution des mesures en milieu ouvert :**

Préconisation 24 : Il est recommandé que les équipes SMPR et UCSA organisent le suivi post-carcéral 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.

Préconisation 25 : 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 de communiquer au Tribunal de l'Application des Peines du lieu de résidence la date de la sortie de prison ainsi que de la transmission du dossier pénal ; afin que le SSJ soit mis en place dans les meilleurs délais. Il pourrait être envisagé que ce soit l'Administration pénitentiaire, dépositaire du dossier pénal, qui fasse cette démarche.

Préconisation 26 : L'Administration pénitentiaire doit veiller à que la condamnation à un SSJ soit inscrite sur la fiche pénale du détenu condamné, 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 suivra le détenu dans les différents lieux de détention, doit être également garanti.

Préconisation 27 : 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.

Préconisation 28 : 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 29 : 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 médecins coordonnateurs 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.

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

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. Nous avons traité, dans la première partie sur le milieu fermé, le fonctionnement de ces groupes en prison. Néanmoins, il faut rappeler que, à l'origine, cette expérience a été pensée en priorité pour le milieu ouvert. Deux exemples seront ici analysés : celui du SPIP d'Angoulême et celui du SPIP d'Albi. D'autres groupes fonctionnent (SPIP de Rennes ; St. Malo et Lille) mais ils n'ont pas donné lieu à analyse dans notre étude.

I - L'expérience du SPIP d'Angoulême

Le groupe de parole contre la récidive pour des AAS créé par le SPIP d'Angoulême est peut-être l'exemple le plus abouti des expériences de ce genre en France. Il est d'ailleurs à l'origine de la plupart des autres actions de ce type. Actuellement pérennisé, il a permis de modéliser une méthodologie de fonctionnement relativement élaborée, qui comprend des moyens d'évaluation et de supervision. C'est la raison pour laquelle il nous est apparu intéressant de décrire plus précisément ici cette expérience (voir aussi l'annexe 2).

« Parce que le fait de venir au groupe c'est déjà une première socialisation, même si c'est sous une forme de contrainte. Le fait d'accepter de venir dans un groupe qui n'est pas un groupe de soin, qui n'est absolument pas dans la sphère privée, puisque c'est une prise en charge administrative etc., c'est un moyen aussi de les amener à une reconnaissance de ce qu'ils sont réellement. C'est-à-dire, des délinquants qui doivent aller là. Enfin, tout un travail qu'on peut faire sur la question du déni rien qu'en les faisant venir au groupe. Quand on vient dans le groupe des délinquants sexuels, c'est difficile de dire qu'on n'est pas délinquant sexuel, même si on le dit dans la minute qui précède l'entrée dans le groupe. Du coup on n'interdit pas le groupe aux gens qui sont dans le déni, même un déni passif. Parce qu'on leur présente le groupe, on leur dit de venir, ben s'il vient pour nous ça suffit, à considérer que le déni n'est pas passif, même si son discours à côté, il y a toujours le discours de défense qui est, enfin ils disent tous qu'ils n'ont pas fait ça, mais c'est pas parce qu'ils le disent qu'ils croient vraiment ça. Donc le fait de venir dans le groupe, ça les met déjà dans une autre situation. » (un travailleur social du SPIP d'Angoulême)

Comme déjà indiqué, le groupe de parole a été conçu suivant le modèle des « guidances », initialement mis en place en Belgique par le CRASC (voir 1^{ère} partie). C'est suite à une formation réalisée à l'ENAP par cette association que l'idée est venue à certains membres du SPIP d'Angoulême de créer le groupe de parole.

L'expérience 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 délinquance sexuelle, l'entretien individuel trouvant rapidement ses limites dans ce domaine ; et les processus défensifs développés par les AAS (déni, 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.

Une réflexion de deux ans s'est enclenchée à ce sujet qui a aboutie à la mise en place du groupe de parole en 2001.

■ Description de l'expérience

Objectifs

L'objectif premier est la prévention de la récidive. 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.

Groupes

Le groupe est constitué de 10 à 12 personnes, tous probationnaires convoqués formellement par le SPIP dans le cadre du suivi d'une mesure judiciaire. Il se déroule dans la salle de réunion du SPIP, cadre habituel des convocations. Le cycle comporte 15 séances (environ un an) à raison de 1h30 toutes les 3 semaines. Le contenu des séances est établi avec une direction générale mais il est adaptable en fonction du nombre des séances ou du groupe. Il traite de : les engagements (contrat appelé « engagements au groupe de parole de prévention de la récidive de la délinquance sexuelle », cosigné par le DSPIP, les animateurs et les participants) ; la loi ; les infractions ; les idées ayant précédées le passage à l'acte ; la chaîne délictuelle ; les modes d'évitement ; la position de la victime ; le travail sur l'empathie (exemple de lettre collective à la victime).

Le cycle se termine par une séance de bilan avec le groupe.

L'équipe du projet

Elle se compose de deux animateurs par groupe, si possible un homme et une femme, les mêmes pendant toute la durée d'un cycle. En cas d'absence exceptionnelle, un autre travailleur social peut assurer l'animation. Il est donc indispensable d'avoir un minimum de trois animateurs dans une équipe.

Une psychologue-psychanalyste libérale assure une supervision à raison de 6 heures par mois, pour un travail de bilan sur la séance passée et la préparation de celle à venir.

L'ensemble des membres de l'équipe apporte sa collaboration à ce travail.

Les apports pour les participants

Il a été constaté que les AAS assistent très régulièrement aux séances. Les rappels pour absence sont exceptionnels bien que le rythme des séances soit plus dense que celui des convocations individuelles.

Le groupe représente pour ces personnes le seul lieu où ils peuvent évoquer les faits sans peur d'être « jugés », sans se heurter aux préjugés, afin de réfléchir sur leur passage à l'acte.

Ils déclarent, lors des bilans, avoir acquis une plus grande confiance en eux-mêmes, l'histoire des autres venant souvent éclairer leur propre histoire. Ils ont appris à réfléchir et précisent avoir été surpris par leurs propres propos :

- la parole circule à nouveau ;
- l'individu est désigné comme responsable, non du problème, mais des solutions qu'il peut y apporter, il peut évoluer ;
- les dénis s'estompent ;
- la thérapie individuelle est facilitée.

« Donc le travail avec les délinquants sexuels est fait dans un cadre général on va dire social, c'est-à-dire les hommes vivent en groupe, la société, il y a des lois qui sont édictées pour permettre cette vie en groupe et si on les franchit la vie en groupe devient impossible. Les lois qui définissent ces agressions sexuelles font partie de ce cadre-là, c'est-à-dire qu'en faisant ça on évacue complètement les questions de morale c'est-à-dire qu'on ne parle pas du fond de savoir si ce serait bien que, on soit dans une société où tout soit permis, ça on n'en parle absolument pas ; le cadre est fixé dès le départ, c'est pas la question, on est en France, en 2006 et donc c'est comme ça, la loi etc. et donc ça c'est indiscutable, c'est consubstantiel pour les humains d'avoir des lois qui lui permettent de se maintenir, de vivre ensemble. Donc le travail se fait sur leur passage à l'acte précis. » (Un travailleur social du SPIP)

Pérennisation de l'expérience

Après quelques incertitudes financières surmontées définitivement depuis 2003, l'expérience a fini par se pérenniser, en constituant l'aspect central du travail du SPIP d'Angoulême face aux AAS. Les nouveaux membres du SPIP sont formés à l'expérience en participant aux groupes et aux séances de débriefing, d'abord comme observateurs puis comme acteurs.

« Alors maintenant on est dans un système d'auto-formation, c'est-à-dire que les nouveaux qui arrivent à Angoulême, ils participent d'abord aux séances de débriefing qu'on a entre chaque groupe et une fois qu'ils se sentent prêts, on les met comme animateurs. Alors on a inauguré un truc l'an dernier, on a mis une troisième personne dans le groupe comme observateur, et dès qu'elle se sent prête, elle peut intervenir dans un groupe. Et jusqu'à maintenant ça s'est très bien passé, sur ces trois ans, j'ai vu une personne qui refusait de participer à l'animation de groupes, mais c'est pas parce que c'est des délinquants sexuels, je pense que c'est une autre raison. » (Un DSPIP)

Afin de pérenniser une action de cette nature, il est considéré indispensable par l'équipe:

- de mettre en place une supervision d'équipe par un psychologue extérieur à l'institution ;
- de former spécifiquement des travailleurs sociaux ;
- d'animer les groupes en binôme ;
- de bénéficier d'une reconnaissance officielle et structurelle de ce travail.

L'équipe d'Angoulême affirme sans réserve que cette action permet de mener un travail de qualité visant à réduire la récurrence des AAS et, note qu'elle s'inscrit totalement dans leurs missions. Ses membres sont prêts à partager et à propager leur expérience, convaincus d'avoir mis en place un outil fondamental pour travailler avec la population d'AAS.

« Nous, on a toujours dit que ce qu'on faisait n'était pas un modèle mais que ça montrait qu'on pouvait inventer des façons de faire. Alors on s'est baladés dans pas mal d'endroits puisqu'on s'est mis à disposition des collègues, on a été à Lille, à Angers, à Albi, à Besançon, enfin tous les autres SPIP qui ont demandé à ce qu'on partage l'expérience et on l'a fait. Et il y a 2 endroits où à ma connaissance ils sont partis à partir de notre expérience, c'est Albi et Lille. » (Un DSPIP)

II - L'expérience du SPIP d'Albi

Bien qu'elle s'en soit fortement inspirée, l'expérience du groupe de parole d'Albi diffère sur plusieurs points de celle d'Angoulême. Nous allons nous référer notamment aux éléments qui différencient les deux expériences à fin de mieux soulever leurs spécificités respectives.

■ Description de l'expérience

Une partie de l'équipe du SPIP s'est rendu à Angoulême pour mieux connaître leur expérience. Le travail de préparation a ensuite commencé autour de deux aspects : d'un côté l'analyse des pratiques professionnelles liées à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ; de l'autre, une étude des cas représentatifs de ces infractions.

Le travail de réflexion et de préparation a duré un an. Il a été accompagné par un psychologue clinicien qui participe toujours au suivi et à l'évaluation du groupe.

Cette première analyse a permis de démystifier la prise en charge de cette population. A l'image du dangereux pervers s'est substitué celle d'un délinquant somme toute « comme les autres », tout au moins par rapport à la population rencontrée en milieu ouvert par cette équipe de professionnels.

Objectifs

Les objectifs énoncés par l'équipe sont :

- prendre du recul par rapport au problème des auteurs d'agressions sexuelles ;
- travailler sur les représentations des travailleurs sociaux à leur égard ;
- renouveler les pratiques de prise en charge ;
- réussir à travailler *autrement*.

Groupes

Fin 2002, débute le premier groupe de parole. Le critère de sélection est la reconnaissance de l'acte et le volontariat. Les réunions se tiennent une fois par mois, de 18h à 19h le vendredi, pendant 6 mois. Dans l'animation du groupe il n'y a rien d'établi et les séances se déroulent en fonction de la demande. On improvise sur une trame prédéfinie. Il n'y pas non plus de rôles précis. Deux travailleurs sociaux animent la séance, alternativement en animateur ou en observateur. Les probationnaires choisissent

les thèmes et les sujets abordés sont la relation à l'autre, la relation au travail, etc. Un psychologue clinicien participe trois fois par semaine avec l'équipe dans la supervision.

Evaluation de l'action

L'évaluation de l'expérience est positive dans le sens où elle a permis de « dédramatiser » l'approche des AAS qui posait problème au départ. Le service a d'ailleurs décidé par la suite de créer un deuxième groupe à destination cette fois d'un public mélangé, non constitué spécifiquement d'AAS.

Certains aspects soulevés par les travailleurs sociaux rencontrés concernent les participants au groupe et leurs attentes :

« A aucun moment le groupe de parole ne remplace le suivi individuel... Certains auraient continué malgré l'arrêt de la mesure. Dès qu'on leur propose quelque chose de différent, ils arrivent à s'en saisir. Peut-être qu'il y a des choses à imaginer dans le cadre de la prévention de la récidive. Peut-être que ce sont des personnes qui ont besoin de se référer aux travailleurs sociaux pour se tenir à carreau ; ça leur permet de régler leurs carences. » (Un travailleur social du SPIP)

III - Différences entre les deux expériences

L'équipe d'Albi considère qu'il s'agit d'une bonne expérience, mais ne souhaite pas la pérenniser ni reproduire toujours le même modèle. Ils prennent ainsi de la distance par rapport au groupe d'Angoulême en déclarant ne pas avoir voulu « se calquer » sur celui-ci, mais plutôt développer leur propre méthodologie de travail.

Plusieurs éléments différencient en effet les deux expériences. La différence la plus importante relève probablement de la décision prise par le SPIP d'Albi de ne pas informer les participants qu'il s'agissait d'un groupe exclusivement destiné aux auteurs d'agressions sexuelles, afin de ne pas les stigmatiser.

Une autre différence importante est le critère de participation : le volontariat pour Albi, la convocation pour Angoulême. Pour le SPIP d'Albi, ces rencontres ne remplacent pas le suivi individuel des participants, pour le SPIP d'Angoulême si.

Enfin, de nombreuses différences peuvent être soulignées quant à l'organisation des groupes : le nombre de participants ; le nombre de séances par cycle ; le contenu et la préparation des séances (improvisation pour Albi, cadrage total pour Angoulême) ; la pérennisation de l'action ; et, enfin, sa reproduction ainsi que la vocation à faire connaître l'expérience.

Trois aspects rapprochent toutefois les actions : le constat par les équipes que ce mode d'intervention est positif au vu des caractéristiques et des besoins du public pris en charge ; le fait que les équipes disent s'être enrichies par l'expérience en développant de

nouvelles pratiques et des nouvelles formes d'interventions ; la participation des psychologues cliniciens pour assurer la supervision de l'action et l'accompagnement des intervenants.

Bilan et préconisations

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 SPIP¹¹⁶. 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 auteurs. 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 visé n'est pas le soin, mais la prévention de la récidive. Par ailleurs, les professionnels qui les mettent en place doivent être pertinemment formés, comme nous l'indiquons dans la première partie de ce travail ; et avoir accès à un accompagnement et une supervision par des psychologues ou des psychiatres.

Préconisation 30 : 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'objectifs 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.

¹¹⁶ On évoque des expériences similaires mises en place notamment par les SPIP de Rennes et Saint Malo et de Lille.

CONCLUSION

Cette étude 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 en 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.

Il est apparu néanmoins nécessaire d'aller parfois au-delà de cet objectif général en analysant, par exemple, le rôle des juges de l'application des peines dans les différents dispositifs de prise en charge existants. En revanche, nous nous sommes concentrées dans l'analyse de la prise en charge des AAS par les professionnels le plus directement concernés par celle-ci : les équipes soignantes et notamment les psychologues et les psychiatres, d'une part ; et les équipes sociaux des SPIP d'autre. En ce sens, nous n'avons pas du tout - ou très peu - abordé le rôle d'autres personnels pénitentiaires comme les surveillants ou les formateurs, dans cette prise en charge. Cela constitue une limite certaine de l'étude. Cet aspect, comme d'autres (la prise en charge en milieu ouvert, les expériences comparées ou encore, l'implication des AAS eux-mêmes dans cette démarche de prise en charge et la perception qu'ils en ont), mériteraient d'être approfondies dans le cadre d'autres recherches.

La présente étude a mis en lumière un certain nombre d'évolutions positives dans le domaine de la prise en charge pénitentiaire des AAS. Essentiellement portée dès le départ par les professionnels médicaux travaillant au sein des établissements pénitentiaires, cette évolution a aussi été poussée par des changements législatifs en la matière (notamment la loi du 17 juin 1998 qui instaure le suivi socio judiciaire), ainsi que, plus récemment, par des initiatives prises par certains SPIP dans le but de mieux appréhender le problème et d'améliorer ainsi la prise en charge du public concerné.

Parce qu'elles permettent, à des niveaux différents (milieu ouvert ou milieu fermé), de consolider et d'élargir l'approche des AAS, certaines pratiques relativement nouvelles et non encore répandues ont été mises en relief de façon plus particulière par l'étude. Tel est le cas des psychothérapies de groupe qui, sans faire la même unanimité que les psychothérapies individuelles, plus anciennes et qui continuent de s'imposer comme la base de la prise en charge psychothérapeutique des AAS, ont connu ces dernières années un essor important.

Tel est également le cas, des groupes de parole contre la récidive mis en place par certains SPIP ou certains *psychologues PEP* dans le but d'appréhender les différentes

problématiques des AAS. Là encore, différentes techniques et outils sont mobilisés selon le contexte et l'équipe en présence. Ces groupes de parole ont la particularité de pouvoir s'adapter aussi bien au milieu ouvert (milieu où ils se sont avérés tout de même plus performants) qu'au milieu fermé.

D'autres formes de prise en charge nouvelles, également recensées, ne sont pas encore très développées en France. C'est le cas du bracelet électronique et des traitements chimiques. Dépendantes d'un certain nombre de paramètres (notamment les conditions de vie hors détention pour le premier cas et la capacité de supporter les effets secondaires pour le second), elles nécessitent d'être étudiées au cas par cas et surtout d'être employées en conjugaison avec d'autres types de prise en charge. Si ces mesures essentiellement comportementalistes peuvent être nécessaires dans certains cas précis, elles ne peuvent en aucun cas se substituer à des approches plus approfondies de type psychothérapeutique. De l'avis des professionnels rencontrés, il semble absolument nécessaire que celles-ci soient maintenues en parallèle.

Le développement des différentes pratiques et surtout leur conjugaison nécessitent de plus en plus des prises en charge coordonnées entre différents professionnels et équipes opérationnelles (magistrats, médecins psychiatres, médecins coordonnateurs, personnels pénitentiaires dont CIP, etc.). Sans exiger l'existence de véritables réseaux professionnels permanents, des partenariats entre acteurs professionnels concernés sont possibles. Or, la présente étude montre que ceux-ci peinent encore à s'organiser. De ces échanges dépend pourtant la réussite de la prise en charge globale de ces individus dont toutes les composantes doivent être conçues comme les tenants d'une même pièce. L'efficacité de la lutte contre la récidive ne pourra en effet se mesurer qu'à l'aune des prises en charge médicales, psychologiques et sociales, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert, pensées et inscrites dans un même continuum.

Le constat général soulevé par la recherche est donc celui d'une insuffisance, si ce n'est d'un défaut, dans la mise en place des partenariats nécessaires à une prise en charge adéquate de ces auteurs d'agression sexuelle, aussi bien en milieu fermé qu'en milieu ouvert ; que ces partenariats impliquent les parties judiciaires (JAP) et pénitentiaires (SPIP) d'un côté ou la partie thérapeutique (médecins, médecins psychiatres, psychologues...) de l'autre.

Si des logiques de travail différentes entre professionnels expliquent en partie cette déficience, en milieu fermé ces difficultés sont davantage le résultat d'un manque de communication. En milieu ouvert par contre, ce manque de communication est doublé d'une méconnaissance voire d'une méfiance de l'institution sanitaire vis à vis de l'institution judiciaire au sens large. Dans ces deux milieux, la surcharge de travail des différents personnels (toutes catégories confondues) et professionnels due au manque de moyens humains dénoncés par tous nos interlocuteurs, explique également en partie les difficultés retrouvées dans la mise en place de ces partenariats.

Le suivi socio judiciaire instauré par la loi de juin 1998 est venu apporter quelques solutions à cette situation en facilitant notamment la communication entre le JAP et les médecins traitants, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur. S'il est encore trop tôt pour faire une évaluation définitive du dispositif, il est apparu néanmoins que celui-ci commence à porter ses fruits en permettant une amélioration de la prise en charge post pénale des AAS. Les différents acteurs impliqués rencontrés dans le cadre de l'étude ont fait une évaluation plutôt positive de ce dispositif. Reste le problème, encore non résolu, de la nomination de médecins coordonnateurs dans tout le pays. Quelques préconisations ont été avancées en ce sens dans ce rapport.

Il apparaît par ailleurs que la place de la formation est déterminante. C'est en effet par la formation que cette situation et, plus largement, les différentes prises en charge, pourront aussi évoluer favorablement. Il s'agit donc de fournir aux soignants et aux travailleurs sociaux, en formation initiale ou continue, dans un temps relativement restreint, les outils de compréhension et d'approche de ces problématiques, de même que les pré-requis d'un travail en partenariat. Les expériences déjà engagées en la matière méritent à ce titre d'être non seulement poursuivies mais élargies.

Cette efficacité est aussi largement dépendante des soutiens accordés aux professionnels en question sur le terrain comme dans le cadre de leur formation. La complexité d'approches des AAS nécessite que soit mis en place un certain nombre de « garde-fous », qu'il s'agisse de séances de supervision et/ou des moyens de régulation destinés aux soignants et intervenants. Différents cas de figure ont été recensés dans le cadre de cette étude, notamment des supervisions d'équipes (psychiatrique ou SPIP) par un intervenant (psychologue) extérieur, ou des supervisions en individuel ; le but étant de permettre au(x) professionnel(s) de se confier sur certaines de leurs difficultés bien réelles et de prendre du recul vis-à-vis d'elles.

Globalement, on ne peut que saluer le mouvement d'extension de ce champ de pratique autour des AAS, initié il y a une dizaine d'années du côté des prises en charge thérapeutiques, qui se prolonge et s'enrichit aujourd'hui de la prise en compte d'autres aspects du problème du côté du social par les services d'insertion et de probation. Outre la question (ici comme ailleurs) des moyens, reste à intégrer l'idée que la prise en charge des AAS doit relever d'un travail collectif au sein duquel tous les personnels pénitentiaires sont impliqués, du surveillant au directeur de l'établissement ; et ceci tout particulièrement dans les établissements à forte concentration d'infracteurs à caractère sexuel. De cette participation collective, de la mise en place efficace des partenariats nécessaires avec d'autres professionnels et institutions, de la formation et la compréhension par les différents personnels de la spécificité de cette population aussi bien au niveau psychologique que criminologique, dépendront sa bonne prise en charge et, plus largement, la prévention de sa récurrence.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

Ouvrages spécialisés

- ARCHER Evry., Agressions sexuelles : victimes et auteurs, Paris : L'Harmattan, 1998.
- AUBUT J., Théorie, évaluation et traitement, Montréal : Les Editions de la Chenelière, 1993.
- BALIER C., Psychanalyse des comportements violents, Paris : PUF, 1988.
- BALIER C., Rapport de recherche sur les auteurs d'agressions sexuelles, Paris : La Documentation Française, novembre 1996.
- CHAUVENET A., GORGEON C., MOUHANNA C., ORLIC F., Contraintes et possibles : les pratiques d'exécution des mesures en milieu ouvert, rapport de recherche, GIP MRDJ, Paris, 1999.
- CIAVALDINI A., BALIER C., Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Paris : Masson, 2000.
- CIAVALDINI A., Violences sexuelles : le soins sous contrôle judiciaire, Paris : In Press, 2003.
- DE BEAUREPAIRE C., BENEZECH M., KOTTLER C., Les dangers, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie, Paris : Ed John Libbey Eurotext, 2004.
- Les soins obligés ou l'utopie d la triple entente, Actes du XXXIIIe Congrès français de criminologie, Paris : Dalloz, 2002.
- Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Actes de la Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, Paris : Ed de la Fédération Française de Psychiatrie et Ed John Libbey Eurotext, 2001.
- THURIN J-M., ALLIAIRE J-F., Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Paris : Ed John Libbey, (coll. « Fédération Française de psychiatrie »), 2002.

Rapports officiels

- MINISTERE DE LA JUSTICE., Groupe de travail sur les possibilités de traitement des auteurs de délits et de crimes sexuels, Rapport Balier, Paris : Ministère de la justice, 1994.
- MINISTERE DE LA SANTE , DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, MINISTERE DE LA JUSTICE, 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. Recommandations du Groupe de travail mené par le Ministère de la justice et le Ministère de la santé, Paris : 2002.
- MINISTERE DE LA JUSTICE , MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES., Santé, Justice et Dangers : pour une meilleure prévention de la récidive, Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Mr J-F Burgelin, Juillet 2005.
- RAPPORT DE LA MISSION PARLEMENTAIRE AUPRES DU GARDE DES SCEAUX CONFIE A JEAN-LUC WARSMAN, Les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation à la sortie de prison, avril 2003.

Lois

- 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
- Loi n° 2005 – 1549 du 12 décembre relative au traitement de la récidive des infractions pénales

Bibliographie générale

ANNEXES

ANNEXE 1

PERSONNES ET EQUIPES RENCONTREES

ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES VISITES

- CD de Caen
- CD de Casabianda
- MA de Fleury-Mérogis
- MA de Fresnes
- MA de Grenoble-Varces
- CD Les Baumettes – Marseille
- CD de Loos-Lille
- CD de Mauzac
- CD de Muret
- MA de Paris-la Santé

EQUIPES SPIP RENCONTREES

- SPIP Albi
- SPIP Angoulême
- SPIP Casabianda
- SPIP Mauzac

EQUIPES MEDICALES RENCONTREES

- SMPR des Baumettes-Marseille
- SMPR de Caen
- UCSA de Casabianda
- SMPR de Fleury-Mérogis
- SMPR de Fresnes
- CMP de la Garenne-Colombes
- SMPR de Grenoble-Varces
- UCSA de Mauzac
- UCSA MA de Villeneuve-les-Maguelones et du service Post-Pénal de l'hôpital psychiatrique la Colombière (Montpellier).

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES

- Dr W. Albadier – SMPR de Muret
- Dr E. Archer – SMPR MA Loos
- Dr S. Baron-Laforêt, Médecin psychiatre- secrétaire générale de l'ARTAAS
- Mme. C. Brunet-Ludet, JAP

- Mr E. Clopeau – psychologue PEP – CD de Mauzac
- Dr B. Cordier – Hôpital Foch – Suresnes
- Dr R. Coutanceau – CMP La Garenne-Colombes
- Dr C. De Beaurepaire – MA de Fresnes
- Mme. S. De. Maere – Directrice Centre Bruxellois d’Appui, Belgique
- Mr. E. de Paris, JAP
- Dr. O. Dormoy- SMPR MA Paris-La Santé
- Mr F. Gazan – Ministère de la justice- Fondateur du CRASC, Belgique
- Dr D. Glezer – Médecin coordonnateur et expert psychiatre – Marseille
- Mr. T. Guilbert- Directeur CD Casabianda
- Dr Haberkorn – CMP Paris 17^{ème}
- Mme I. Halbiniak- CIP- ENAP
- Mme. C. Konstantinovich, JAP
- Mr X. Lameyre- Magistrat- ENM
- Dr G. Laurencin – SMPR de Muret
- Mr Masson – Psychologue PEP – CD de Casabianda
- Mr Ph. Monscavoit, DSPIP du Lot et Garonne
- Mr. Morel - psychologue –CP Marseille – Les Baumettes
- Mme M-A Paolini –assistante sociale –CD de Casabianda
- Mr C. Paquaux- Magistrat - EMS1 de l’AP
- Dr C. Paulet – SMPR Les Baumettes – Marseille
- Mr B. Pihet – Directeur UPPL – Tournai, Belgique
- Mme S. Plantade, psychologue – CP Marseille-Les Baumettes
- Mr P. Pottier – DSPIP Angoulême
- Mme. A. Robin- Référente Santé à l’AP
- Mme A. Rouville-Drouche-Directrice Adjointe-CD Mauzac
- Mme G. Schiza, psychologue– SMPR MA Loos
- Mme V. Wrobel, Psychologue – CD Casabianda

ANNEXE 2

FICHES D'ANALYSE D'EXPERIENCES

- GROUPE DE PAROLE SPIP DE LA CHARENTE
- GROUPE DE PAROLE SPIP D'ALBI
- GROUPE DE PAROLE DU CD DE MAUZAC

FICHE D'ANALYSE D'EXPERIENCE

SPIP DE LA CHARENTE

Groupes de Parole de Prévention de la Récidive de la Délinquance Sexuelle

Introduction

Depuis 2000, le SPIP de la Charente a intégré dans ses suivis des Personnes Placées sous Main de Justice, la technique des groupes de parole à destination des délinquants sexuels.

Genese du projet

On constate ces dernières années, une augmentation importante des délits et des crimes à caractère sexuel face à laquelle la société reste sans réponse préventive.

De fait, les services pénitentiaires, dernier maillon de la chaîne, se trouvent confrontés à cette problématique.

Appelés à préserver une éthique sociale, ils s'interrogent sur de nouveaux modes de prise en charge, innovants et percutants, dans le cadre de leur mission de prévention de la récidive.

Les réponses à la délinquance sexuelle

La psychiatrie a des difficultés à inclure la délinquance sexuelle dans un cadre théorique plus classique, à juste titre : la délinquance sexuelle n'a jamais fait partie d'une nosographie.

De plus, les processus défensifs développés par les délinquants sexuels (déli, minimisation, résistance à l'intégration des valeurs sociales...) font obstacle à l'adhésion aux soins.

En conséquence, l'obligation de soin du cadre judiciaire se résume trop souvent à une contrainte administrative.

Celle-ci, reposant sur une ambiguïté de la demande : cette dernière étant posée au nom de la collectivité par la justice et non personnelle, offre à la personne une possibilité de fuite et de protestation passive importante.

En outre, les travailleurs sociaux du SPIP ont constaté la difficulté d'aborder en face à face les problèmes liés à la sexualité, les tabous sociaux relayant le déni des faits des personnes suivies.

L'entretien individuel trouve ainsi rapidement ses limites dans ce domaine.

Ces questions étaient abordées régulièrement à Angoulême lors du travail de régulation/études de cas qui avait lieu entre les deux services (ex Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés et le Service Socio-Educatif de la Maison d'Arrêt) depuis plusieurs années avec une psychologue.

La formation du CRASC (Centre de Recherche Action en Sexo-Criminologie) de Bruxelles (Agen 1998) a sensibilisé l'équipe au travail de groupe et fini de la convaincre de la nécessité d'un suivi collectif.

Le travail préparatoire à la mise en place de cette recherche-action s'est déroulé sur 2 ans, avec l'implication de tous les membres du service.

En soutien, une formation spécifique à l'animation de ce type de travail de groupe et une réflexion collective avec deux autres sites intéressés par ce type de projet, ont été organisées par la DR de Bordeaux.

Aujourd'hui, ce travail a 2 ans de pratique : deux cycles en Milieu Ouvert et un cycle en Milieu Fermé.

Les objectifs

Les objectifs généraux

L'objectif premier est la prévention de la récidive, les moyens utilisés sont d'ordre éducatif :

- amener les délinquants sexuels à prendre conscience de leurs disfonctionnements
- 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.

Les objectifs spécifiques

Ils consistent :

- à mieux appréhender leur passage à l'acte :
 - par une meilleure connaissance des infractions sur un plan pénal,
 - par la capacité à parler honnêtement de ses abus et d'en assumer la responsabilité,
 - par une identification des barrières franchies lors du passage à l'acte,
 - par un travail sur la chaîne délictuelle
- et à prévenir sa réitération :
 - par un apprentissage à la gestion des situations à risque,
 - par un contrôle de leur comportement,
 - par un développement de l'empathie envers la victime

Organisation pratique

Le cadre

Deux groupes de 10 à 12 personnes ont été constitués.

L'un s'adressant aux personnes incarcérées, dans le cadre du volontariat, l'autre aux probationnaires dans le cadre des convocations du SPIP.

Le premier a lieu dans une salle de la Maison d'Arrêt où les déplacements des participants ne risquent pas de les stigmatiser, le deuxième se déroule dans la salle de réunion du SPIP, cadre habituel des convocations.

Le cycle comporte 15 séances (environ un an) d'1H30 à raison de toutes les 3 semaines.

L'équipe du projet

Elle se compose de deux animateurs par groupe, si possible un homme et une femme, stables pendant toute la durée d'un cycle.

En cas d'absence, exceptionnellement, un autre travailleur social peut assurer l'animation. Il est donc indispensable d'avoir trois animateurs au minimum dans une équipe.

Une psychologue-psychanalyste exerçant en libéral, assure une supervision à raison de 6 heures par mois, pour un travail de bilan de la séance passée et la préparation de celle à venir.

L'ensemble des membres de l'équipe (animateurs ou pas) apporte sa collaboration à ce travail.

La composition du groupe

Le choix des participants se fait en réunion d'équipe.

Des critères sont définis :

- pas de déni total (minimum de reconnaissance demandé même avec de fortes minimisation),
- assurer un équilibre dans les différentes infractions à caractère sexuel,
- assurer un équilibre dans les capacités d'expression des personnes,
- une durée de la mesure de suivi judiciaire, compatible avec le cycle.

Le fonctionnement du groupe

Déroulement des séances

L'accueil des participants se fait par les animateurs. Chacun s'installe en libre choix sur des chaises préalablement installées en cercle.

Le travailleur social en position d'animateur choisi alors sa place au milieu des participants, le co-animateur se plaçant debout, à proximité d'un tableau.

Le tableau est intégré dans le cercle, tous les échanges du groupe y sont retranscrits, y compris le nom des présents et des absents.

Il est ainsi la mémoire du groupe et un support de réflexion.

Il y a alternance de la position d'animateur et de co-animateur à chaque séance.

Le rôle de l'animateur est de tenir l'ordre du jour de la séance, celui du co-animateur de prendre des notes et de fait, d'assurer le rôle d'observateur et de retour.

En fin de séance, chaque participant signe une feuille de présence.

La participation au groupe est la seule information transmissible aux autorités judiciaires, le contenu des séances restant confidentiel.

Le contenu des séances

Le contenu est établi avec une direction générale mais il est adaptable en fonction des séances ou du groupe :

- les engagements :

Il s'agit d'un contrat appelé « engagements au groupe de parole de prévention de la récurrence de la délinquance sexuelle », cosigné par le DSPIP, les animateurs et les participants.

- la loi
- leurs infractions
- les idées ayant précédées le passage à l'acte (suscitées et justifiées)
- la chaîne délictuelle
- les modes d'évitement
- la position de victime
- le travail sur l'empathie (exemple de lettre collective à la victime)

Le cycle se termine par une séance de bilan avec le groupe.

Les liens avec le travailleur social référent sont maintenus : il est au courant de l'évolution de la personne dans le groupe, il peut être amené à intervenir par entretien individuel en cas de non respect du contrat, il garde la prise en charge concernant le respect d'obligations spécifiques (mais n'intervient plus vraiment sur sa problématique sexuelle).

Les apports

L'intérêt de la technique du travail de groupe :

Elle apporte plusieurs atouts dans la prise en charge et permet notamment :

- d'éviter la relation duelle, de les impliquer dans un travail collectif par opposition au passage à l'acte individuel, aux non-dits et au silence imposé souvent aux victimes
- une identification aux pairs : compréhension du discours de l'autre, création d'une solidarité, respect de chacun,
- l'intégration des règles de fonctionnement : création d'une mini-société, renforcement des habiletés sociales.

Les apports pour les participants :

-Les délinquants sexuels viennent très régulièrement aux séances.

Les rappels pour absence sont exceptionnels bien que le rythme des séances soit plus dense que celui des convocations individuelles.

-Le groupe représente pour eux, le seul lieu où ils peuvent évoquer les faits sans peur d'être « jugés », sans se heurter aux préjugés afin de réfléchir sur leur passage à l'acte.

Ils indiquent lors des bilans, avoir acquis la confiance en eux-mêmes ; l'histoire des autres venant souvent éclairer leur propre histoire. Ils ont appris à réfléchir, ils précisent avoir été surpris par leurs propos.

-la parole circule à nouveau

L'animateur n'est plus celui qui en connaît le plus sur la problématique, les participants apportent d'eux-mêmes et il y a partage.

Les rappels à la loi ou à la réalité sont effectués par les participants eux-mêmes.

-le travailleur social n'est plus vécu par les délinquants, comme un censeur et de fait, leur regard sur la justice change.

-l'individu est désigné comme responsable, non du problème, mais des solutions qu'il peut y apporter : il peut évoluer.

-les dénis s'estompent.

-la thérapie individuelle est facilitée.

Les apports pour les travailleurs sociaux :

-Les autres obligations (soins, remboursement des parties civiles) sont spontanément respectées.

-L'ensemble des travailleurs sociaux du service, animateurs ou non, ne sont plus empreints du stéréotype du délinquant sexuel buté dans son déni.

Dans le cadre des autres prises en charge, au cours des entretiens individuels, la problématique sexuelle est abordée de manière plus sereine, la parole est restaurée et s'humanise.

-Les travailleurs sociaux se sentent réinvestis dans une responsabilité sociale et judiciaire, au cœur de leur mission de prévention de la récidive.

Conclusion

L'équipe des travailleurs sociaux du SPIP, reprenant les textes et leur rôle de prévention de la récidive et consciente de sa position privilégiée comme passage obligé de tous les délinquants sexuels, a trouvé naturel de leur offrir un espace de parole et de réflexion sur les valeurs qui régissent notre société, sur la loi garante de ces valeurs et les responsabilités de chacun face aux autres.

Sur le plan institutionnel, les travailleurs sociaux, placés eux-mêmes à l'interface entre un rôle social en tant que représentant de la Justice et un rôle d'insertion prenant en compte les individualités de chaque personne placées sous main de justice, ont voulu assumer pleinement leurs missions.

Afin de pérenniser cette action et d'étendre une réflexion, les points ci-dessous sont incontournables :

- la supervision d'équipe par un psychologue extérieur à l'institution,
- une formation spécifique des travailleurs sociaux,
- une animation en binôme par les travailleurs sociaux du SPIP,
- une reconnaissance officielle et structurelle de ce travail.

FICHE D'ANALYSE D'EXPERIENCE

GROUPE DE PAROLE SPIP D'ALBI

1. INFORMATIONS LIMINAIRES

- titre de l'action : Groupe de parole
- thématique d'intervention : prise en charge des criminels sexuels
- lieu de l'action : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation d'Albi

2. CONTEXTE

L'idée est venue après avoir fait le constat que le travail individuel était une réflexion proposée à chacun sur sa vie, son acte, son itinéraire, sur ce qui lui est singulier. Le groupe semblait pouvoir permettre de réunir l'individu à l'ensemble et ainsi faciliter la parole et l'échange.

3. DEFINITION / MISE EN OEUVRE

- Leur permettre d'être plus conscients de leurs actes, de leurs conséquences et de mieux comprendre et assumer leur condamnation (rapport à la loi).

a. Mise en oeuvre

- date de lancement Février 2004
- description du dispositif Groupe constitué de 6 à 8 participants sur la base du volontariat. La sélection se fait parmi les effectifs attribués aux travailleurs sociaux impliqués dans l'action.
- mobilisation de moyens humains, financiers, techniques ... 2 TS intervenant, un psychologue recruté pour accompagner et soutenir la réflexion des TS dans la mise en place et le déroulement des réunions
- Les séances se déroulent une fois par mois, le vendredi de 18 h à 19 h.

4. SUIVI ET EVALUATION

b. Modalités de suivi et d'évaluation

- Il est prévu de mener ce travail avec le même groupe jusqu'à la fin de l'année. A ce jour 6 séances ont eu lieu.
- Après les réunions, les 2 animatrices discutent entre elles pendant environ une demi-heure. Le jeudi suivant le groupe de paroles, elles se réunissent avec le psychologue pour continuer d'élaborer leur travail.
- Premier bilan de l'action en cours de rédaction.

c. Résultats

- objectifs (intermédiaires, finaux) atteints ?
- correctifs apportés

5. PERSPECTIVES D'EVOLUTION

- nouvelles orientations ?

6. CONTACT

- coordonnées d'une personne référente sur ce projet: Mmes SIBILLIN et LCAZE
- documents existants présentant dans le détail le projet mené: compte rendu réunion avec Mme LEGENDRE, psychologue DR Toulouse

FICHE D'ANALYSE D'EXPERIENCE

GROUPE DE PAROLE CD DE MAUZAC

1. INFORMATIONS LIMINAIRES

- titre de l'action : Groupe de parole
- thématique d'intervention : prise en charge des criminels sexuels
- lieu de l'action : Centre de Détention de Mauzac

2. CONTEXTE

- problèmes identifiés et donnant lieu au projet :
 - absence de prise en charge spécifique, de la part de l'Administration pénitentiaire, de ce profil pénal particulier en dehors des mesures de protection vis à vis du reste de la population pénale
- partenaires à l'origine du projet : DRSP de Bordeaux

3. DEFINITION/MISE EN ŒUVRE

a. Elaboration

- public ciblé : Personnes condamnées pour crimes sexuels sur mineurs
- objectifs généraux :
 - redonner du sens à la peine
 - lutter contre la récidive
 - favoriser une démarche de réflexion autour de la problématique psycho-criminologique
 - Inclure cette réflexion dans l'élaboration d'un projet de vie en détention (Projet d'Exécution de la Peine)
- objectifs intermédiaires :
 - diminuer les effets désubjectivants liés à l'incarcération
 - améliorer l'estime de soi
 - accompagner la personne détenue vers une demande de soin authentique en direction de l'UCSA
- démarche (diagnostic préalable, consultation/association du public cible...) :
 - repérage par l'équipe socio-éducative et information selon les critères suivants : abuseur sexuel d'enfants, reconnaissance au moins partielle des faits, reliquat de peine supérieur à 1 an, motivation, volontariat
 - entretien individuel avec le psychologue animateur

b. Mise en œuvre

- début de l'action (date) : avril 1999

- description du dispositif :
 - 7 participants maximum
 - Cycle de 12 séances de janvier à juin
 - fréquence : tous les 15 jours
 - lieu : salle de classe
- mobilisation de moyens humains, financiers, techniques :
 - 1 animateur (psychologue PEP)
 - 1 co-animateur (psychologue stagiaire)
 - mise à disposition d'une salle
 - supervision de l'animateur en 2000, financement jamais reconduit
- rôle des différents partenaires :
 - Chef d'Etablissement : pérennisation de l'action, l'animation du groupe est reconnue comme faisant partie des tâches possibles du psychologue intervenant dans le cadre du PEP
 - responsable de l'enseignement : mise à disposition d'un créneau horaire
 - CIP : information individuelle auprès de la population pénale, première sélection sur la base des critères établis
 - Psychologues UCSA : échanges cliniques concernant les participants au groupe également en suivi individuel auprès de l'UCSA
- difficultés éventuelles :
 - risque de stigmatisation de la part des co-détenus
 - confusion possible pour les non-professionnels identifiant à tort le groupe de parole comme un groupe thérapeutique

4. Suivi et évaluation

a. Modalités de suivi et d'évaluation

- réunions partenariales :
 - CIP/animateur du groupe
 - Psychologues UCSA/psychologue PEP
 - Commission Locale d'Insertion (C.L.I)
- évaluation qualitative et quantitative : en cours d'élaboration
- rapports d'activité

b. Résultats

- objectifs (intermédiaires, finaux) atteints ?
- correctifs apportés

5. Perspectives d'évolution

- nouvelles orientations ?

A partir de 2006, le groupe ne fonctionne plus en groupe ouvert. La fréquence hebdomadaire a été abandonnée.

Nous avons privilégié des cycles de 12 séances sur 6 mois en groupe fermé.

6. Contact

- coordonnées d'une personne référente sur ce projet :
 - Eric Clopeau
 - Psychologue
 - Centre de Détention de Mauzac
 - 24150 Mauzac
 - 05 53 73 55 00 poste 42 13
- documents existants présentant dans le détail le projet mené

ANNEXE 3

FICHES D'EXPERIENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES AAS PAR L'UCSA DE LA M.A. DE VILLENEUVE LES MAGUELONES ET L'UNITE POST-PENALE DE MONTPELLIER :

- LES BINOMES PSYCHIATRES/PSYCHOLOGUES
- LA CREATION D'UNE CONSULTATION POST-PENALE SPECIFIQUE
- LE GROUPE DE REFLEXION CLINIQUE REGIONAL

PREAMBULE

La maison d'arrêt de Villeneuve-les-Maguelone est ouverte depuis 1990 dans le cadre des prisons 13000 à gestion mixte (public-privé).

En 2001, le service médical est rattaché au service public. Se met alors en place le DSP (dispositif de soins psychiatriques), structure émanant du service du Dr CROS, psychiatre et chef de service à l'hôpital la Colombière.

Ce dispositif se compose de 4 psychiatres (1,6 ETP), de 4 psychologues (3 ETP) et d'une secrétaire médicale (0,50 ETP).

Concernant la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, la nouvelle organisation a permis que se développent 3 aspects particuliers :

- le groupe de réflexion clinique régional
- les binômes psychiatres/psychologues
- la création d'une consultation post-pénale spécifique.

Patricia ORLANDINI et Françoise MONTALTI

Psychologues cliniciennes à la maison d'arrêt
de Villeneuve-les-Maguelone
Mai 2006.

DES BINOMES : PSYCHIATRES/PSYCHOLOGUES EN MILIEU CARCERAL

Il s'agit d'organiser une prise en charge précoce de patients auteurs d'agressions sexuelles autour d'« un axe d'alternance » d'entretiens individuels psychiatre/patient et psychologue/patient. Alternance et continuité puisque ces modalités de prise en charge peuvent se poursuivre pendant plusieurs années, ce qui nous situe dans l'espace de Chronos. Mais le but premier est à la fois d'introduire de la différenciation et de la permanence psychique, selon les références winnicotiennes (cf. le Holding).

Au regard de ce qui se passe avec chacun des thérapeutes, le discours du patient apparaît parfois clivé, parfois complémentaire. Dans tous les cas, il fait lien puisque le patient sait d'emblée que nous (thérapeutes) pouvons parler de lui.

En maison d'arrêt, nous nous efforçons donc de rencontrer rapidement les personnes qui sont incarcérées dans le cadre d'une détention préventive, en tenant compte des enseignements recueillis suite à la Recherche-action à laquelle nous avons participé de 1993 à 1996.

Les objectifs de cette prise en charge en binôme sont :
établir des liens de confiance en tentant de rétablir des imagos parentaux,
permettre un « étayage » (cf. Claude BALIER) amenant à une relation de soin,
se préserver des pulsions d'emprise, de la destructivité intrinsèque au Moi (cf. Mélanie KLEIN), des éléments de séduction,...
repérer et ajuster au mieux les éléments contre transférenciels à l'œuvre.

Le but est qu'un véritable travail thérapeutique puisse s'amorcer. Dans certaines situations, cette prise en charge duelle le permet.

LES CONSULTATIONS POST-PENALES

POUR LES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES, EN PROCEDURE CORRECTIONNELLE

Depuis la mise en place du DSP (Dispositif de Soins Psychiatriques), nous avons la possibilité de recevoir en consultation, à leur sortie et en milieu hospitalier, des patients rencontrés pendant leur incarcération. Actuellement, un projet global concernant l'activité post-pénale, se développe et évolue.

Dans cet écrit, nous mettons en valeur uniquement un point particulier, le suivi post-pénal de patients répondant aux critères suivants:

Ils sont :

- en procédure correctionnelle,
- entrés en préventive et sortis en liberté provisoire (avec retour ou non en maison d'arrêt après le jugement,
- condamnés à une peine privative de liberté et à un suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soin,
- pouvant bénéficier d'un aménagement de peine,
 - ayant ou non déjà été incarcérés pour des passages à l'acte du même ordre,
 - ayant engagés une démarche de soins avec un psychologue et/ou un psychiatre du DSP au cours de leur séjour à la maison d'arrêt et demandant la poursuite des entretiens en post-pénal,
- habitant Montpellier ou les environs.

Ce qui nous a invité à réfléchir à la question du soin pour ces personnes, est le résultat d'une étude que nous avons réalisée entre le 1^{er} avril 2003 et le 30 avril 2004. Il apparaissait que 26 adultes sur les 49 reçus, étaient en procédure correctionnelle. Nombre d'entre eux, banalisaient leurs actes, s'adaptaient au milieu carcéral ou le subissaient, et attendaient simplement leur sortie.

Bénéficiant de cet éclairage, nous avons proposé, de façon précoce un possible accompagnement thérapeutique.

Ce dernier se déroule en fonction des différents moments de l'histoire du sujet, en tenant compte de son évolution personnelle et de sa situation pénale.

Le contexte institutionnel d'une maison d'arrêt, bien qu'apparemment antinomique d'une démarche de soins, n'empêche pas l'instauration d'une relation thérapeutique qui peut prendre sens et avoir des effets. (cf. par exemple fiche sur les binômes)

Le premier entretien qui a lieu à la demande du patient a souvent été incité par un médecin, un conseiller en insertion et probation, un juge, un membre de sa famille, un autre détenu...

Mais l'important réside dans l'offre de soins, présente et soutenue, que nous proposons.

De cette première formulation de la demande, de son analyse, de son évolution, un ancrage et un accordage dans la relation peuvent émerger et ouvrir sur un champ thérapeutique.

Deux éléments concrets facilitent le travail de lien et de transition entre le milieu carcéral et l'extérieur :

- la coordination entre le DSP et le service hospitalier est simplifiée par la présence d'une secrétaire médicale qui intervient dans les deux structures,
- les entretiens demandés par les patients sont proposés dans un délai proche, de part une certaine disponibilité que nous organisons.

Ce projet s'articulant autour de temps d'incarcérations relativement limités (de 1 mois à 2 ans d'enfermement environ), participe aux objectifs du DSP et s'inscrit dans le cadre d'une réflexion plus générale concernant les soins pour les auteurs d'agressions sexuelles.

GROUPE DE REFLEXION CLINIQUE REGIONAL

Il s'agit d'un groupe d'échanges cliniques concernant la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles incarcérés, créée à notre initiative et avec Muriel MOUSSIER, psychologue clinicienne au SMPR de Perpignan.

Les rencontres se déroulent 4 fois par an, en alternance à Carcassonne, Perpignan et Montpellier. Leur durée est d'environ 3 heures. Notre souhait était au départ de développer des échanges cliniques avec d'autres collègues ayant également une expérience dans ce domaine afin d'affiner nos pratiques.

Cette action a été mise en place début 2003. Ces réunions regroupent psychiatres et psychologues intervenant en maison d'arrêt et au SMPR de Perpignan.

Une situation clinique est présentée par un participant qui donne lieu à une discussion et un débat, voire à des lectures théoriques. Un écrit concernant cette présentation est préalablement adressé à chaque membre du groupe.

Un temps est réservé aux échanges d'informations et à l'actualisation de nos connaissances bibliographiques.

Plusieurs objectifs sont atteints :

Les situations cliniques présentées, complexes et posant chaque fois question ouvrent sur des perspectives théoriques éclairantes pour chacun des participants.

Cela permet au praticien qui présente d'ajuster au mieux sa prise en charge du patient.

Ce groupe facilite les liens entre professionnels concernés, en particulier dans le cas de transfèrement des personnes.

L'intérêt de l'existence de ce groupe est acquis. A terme, le travail réalisé pourrait donner lieu à des publications.

ANNEXE 4

FICHES ANALYTIQUES

- LE SURSIS AVEC MISE A L'ÉPREUVE
- LE SUIVI SOCIO JUDICIAIRE

F. 36 CLASSEUR DE DROIT PENITENTIAIRE/ENAP

LE SURSIS AVEC MISE A L'ÉPREUVE

REPERES HISTORIQUES

- Ordonnance du 23 décembre 1958 : institution du juge de l'application des peines et création du sursis avec mise à l'épreuve
- Lois du 17 juillet 1970 et 12 juillet 1975 : extension des conditions du prononcé du sursis avec mise à l'épreuve
- Loi du 10 juin 1983 : abrogation de la majorité des dispositions prises en 1981 et création du sursis assorti de l'obligation d'exécuter un travail d'intérêt général
- Loi du 6 juillet 1989 : réduction des délais d'épreuve (de 5 à 3 ans pour le maximum) et création de l'ajournement du prononcé de la peine avec mise à l'épreuve
- Lois des 22 juillet et 16 décembre 1992 : introduction dans le nouveau CP d'une partie des dispositions concernant le sursis avec mise à l'épreuve qui figuraient initialement dans le CPP
- Loi du 9 mars 2004 modifiant diverses dispositions relatives au SME
- Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

TEXTES DE REFERENCE

- Art. 132-40 à 132-53 CP
- Art. 739 à 744-2, 746 et 747, R.58 et R.59 CPP
- Art. D.572 à D.587
- Art. 369 et 370 du Code de justice militaire
- Note de l'AP du 17 janvier 1985 à propos de l'arrêt Cass. Crim. du 27 juin 1984

L'ESSENTIEL

Le sursis avec mise à l'épreuve est une peine restrictive de liberté qui a pour objectif de lutter contre les effets désocialisants des courtes peines d'une part, et, d'aider le condamné en l'accompagnant dans ses efforts de resocialisation d'autre part.

Cette peine laisse ainsi le condamné en liberté, à moins que la peine ne soit mixte, et le contraint à respecter des mesures de contrôle (art. 132-44 CP) et des obligations particulières (art. 132-45 CP) imposées soit par la juridiction de jugement, soit par le juge de l'application des peines chargé de suivre le déroulement de la mesure. Le temps d'épreuve est déterminé par l'article 132-42 CPP : il ne peut être inférieur à 18 mois (1 an à compter du 31 décembre 2006), ni supérieur à 3 ans.

PLAN

1. Le domaine d'application du SME
2. Les modalités du SME
3. La fin du délai d'épreuve

Le sursis avec mise à l'épreuve (SME) est une dispense d'exécution d'une peine d'emprisonnement d'une durée de 5 ans au plus (art. 132-41 CP), prononcée en raison d'un crime ou d'un délit de droit commun, sous condition de respecter les mesures de contrôle et les obligations fixées durant le temps d'épreuve. Le SME peut assortir tout ou partie de la peine d'emprisonnement.

1. LE DOMAINE D'APPLICATION DU SURSIS AVEC MISE A L'EPREUVE (SME)

Le domaine d'application du SME est plus large que celui du sursis simple mais comporte cependant certaines limites quant à la peine (1.1) et quant au condamné (1.2).

1.1 Domaine d'application quant à la peine

- Une peine alternative à l'incarcération

Art. 132-40 CP : La juridiction qui prononce un emprisonnement peut, [...] ordonner qu'il sera sursis à son exécution [...] la personne étant placée sous le régime de la mise à l'épreuve.

Le SME est donc une modalité d'exécution de la peine d'emprisonnement. L'emprisonnement n'aura pas à être exécuté si le condamné respecte les mesures de contrôle et les obligations qui lui ont été fixées ; la condamnation assortie du sursis avec mise à l'épreuve est alors réputée non avenue (art. 132-52 CP).

- La partie ferme de la peine d'emprisonnement doit être inférieure ou égale à 5 ans

Le SME a pour objectif de lutter contre les effets désocialisants des « courtes peines ». Cependant, le seuil retenu est plus élevé que celui communément admis d'une année (ce seuil d'une année correspond en effet à la limite de l'orientation des condamnés en maison d'arrêt vers les établissements pour peines). Ainsi la partie ferme de la peine pouvant être assortie du SME peut aller jusqu'à 5 ans maximum (art. 132-41 al.1 CP).

- Exclusion de toute autre peine que la peine d'emprisonnement

Le SME concerne les seules peines d'emprisonnement, qu'elles soient prononcées pour des délits ou des crimes de droit commun (art. 132-41 CP).

L'article 369 du Code de justice militaire permet l'octroi du SME pour crime ou délit militaire.

En revanche, les peines prononcées en matière politique (Cass.crim., 17 février 1972, Bull. crim. n°67), disciplinaire (Cass.1^{ère} civ, 23 octobre 1984, JCP éd. G 1985, IV, p.2) ou dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (art. 131-36-6 CP) ne peuvent être assorties du sursis avec mise à l'épreuve.

1.1 Domaine d'application quant au condamné

- Le principe

Toute personne condamnée à une peine inférieure à cinq années de privation de liberté, quelque soit son passé judiciaire, peut prétendre au bénéfice de cette mesure.

- Les cas particuliers

Pour les récidivistes :

Jusqu'à la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, le SME pouvait être accordé à un condamné maintes fois récidiviste, y compris à ceux ayant déjà bénéficié d'une telle mesure. Dans les faits la juridiction de jugement tendait

cependant à réserver cette mesure à des condamnés ayant fait preuve d'efforts de resocialisation. Désormais, la nouvelle rédaction de l'article 132-41 CP prévoit des limitations au prononcé du sursis avec mise à l'épreuve à l'encontre des personnes en état de récidive légale ayant déjà fait l'objet de condamnations assorties de cette mesure, lorsque les délits sont identiques ou assimilés, ou lorsqu'il s'agit soit d'un crime, soit d'un délit de violences volontaires, d'un délit d'agressions ou d'atteintes sexuelles ou d'un délit commis avec la circonstance aggravante de violences.

Pour les mineurs :

L'article 744-2 CPP a été abrogé par l'article 21 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 dite loi d'orientation et de programmation pour la Justice. Cet ancien article confiait au juge des enfants et au tribunal pour enfants les attributions dévolues au JAP et au tribunal correctionnel pour les mineurs condamnés à un emprisonnement assorti d'un SME.

Pour les militaires :

Les juridictions des forces armées se prononcent sur le délai d'épreuve mais seul le JAP peut fixer les obligations et mesures de contrôle s'imposant au condamné et, en assurer le suivi.

2. LES MODALITES DU SURSIS AVEC MISE A L'EPREUVE

En tant que régime probatoire, le SME suppose un temps d'épreuve (2.1.) et l'obligation pour le condamné de se soumettre à des mesures de contrôle (2.2.) à caractère général (art.132-44 CP). Il peut également être astreint à respecter des obligations particulières (2.2.) imposées par la juridiction de jugement, et/ou par le juge de l'application des peines (art.132-45 CP). Enfin, des mesures d'aide et d'assistance ayant pour objet de seconder les efforts du condamné en vu de son reclassement social sont énoncées à l'article 132-46 du code pénal (2.3.).

2.1 Le délai d'épreuve

2.1.1. La fixation du délai d'épreuve

La notion de mise à l'épreuve impose la fixation d'un « délai d'épreuve » au cours duquel le condamné sera soumis à des mesures de contrôle et mesures particulières. Ce délai d'épreuve doit impérativement être fixé précisément par la juridiction de jugement.

Sa durée ne peut être inférieure à dix-huit mois ; mais elle sera réduite à douze mois à compter du 31 décembre 2006. Elle ne peut être supérieure à trois ans (art.132-42 CP). Cette décision n'a pas à être motivée.

Si une peine mixte est prononcée, les délais de la partie ferme et de la partie mise à l'épreuve devront aussi être clairement définis par la juridiction.

2.1.2. Le début du délai d'épreuve

L'article 132-41 du code pénal dispose : « Toutes les fois que la juridiction n'a pas prononcé l'exécution provisoire, la mise à l'épreuve n'est applicable qu'à compter du jour où la condamnation devient exécutoire selon les dispositions du deuxième alinéa de l'article 708 du code de procédure pénale ».

Ainsi, soit le SME est immédiatement applicable en cas de prononcé de l'exécution provisoire soit, cette peine s'applique du jour où elle devient exécutoire, en application de l'article 708 alinéa 2, soit 10 jours après le jugement contradictoire ou la signification du jugement en cas de défaut.

▪ Cas particuliers :

En cas de peine mixte, le point de départ est la date d'expiration de la partie ferme de la peine (décision de la Cour de Cass. crim. du 27 juin 1984, Bull. crim. n°249). En cas de confusion de peine, il faut retenir le principe du caractère exécutoire de la dernière condamnation (art. 132-41 CP).

Une personne condamnée à un SME et faisant l'objet d'une peine complémentaire d'interdiction du territoire français d'une durée de dix ans au plus bénéficiera d'un sursis à exécution de l'ITF le temps de la mise à l'épreuve. Cette mesure s'applique depuis le 1^{er} janvier 2005.

2.1.3 Les cas de suspension du délai d'épreuve

Deux cas de suspension du délai d'épreuve sont énoncés à l'article 132-43 alinéa 2 du code pénal.

▪ Incarcération du condamné :

Le délai d'épreuve est suspendu pendant toute l'exécution de la partie ferme d'une peine mixte mais également en cas d'incarcération pour autre cause. En effet, le SME étant une dispense (sous conditions) d'une peine d'emprisonnement, il suppose par nature une exécution en milieu libre.

En cas de semi-liberté et de placement à l'extérieur, le condamné demeure sous écrou : ces situations peuvent donc être assimilées à des temps d'incarcération.

Cependant l'article 132-43 alinéa 2 du code pénal parle de suspension le « temps où le condamné est incarcéré » : une interprétation différente peut donc être faite de la suspension du délai d'épreuve dans ces cas particuliers.

En cas de libération conditionnelle, le condamné n'est plus sous écrou. Le régime du SME et de la libération conditionnelle étant très proches, il n'y a pas d'obstacle particulier à ce qu'une application concomitante des délais d'épreuve se fasse. Le JAP peut aussi décider que le point de départ du délai d'épreuve commencera à l'expiration du délai d'épreuve de la libération conditionnelle.

▪ Les obligations liées au service national :

La suppression du service national fait que ce second cas n'a plus de raison d'être même si le texte n'a pas fait l'objet de modification.

2.1.4. La prolongation du délai d'épreuve

L'article 742 CPP prévoit la prolongation du délai d'épreuve. Cette décision a pour conséquence d'en retarder la fin dans la limite légale de 3 ans maximum. Une exécution provisoire peut être requise.

Le juge de l'application des peines, d'office ou sur réquisition du Parquet, peut prolonger le délai d'épreuve dans deux cas :

lorsque le condamné ne se soumet pas aux mesures de contrôle ou aux obligations particulières imposées en application de l'article 739,

lorsqu'il commet une infraction suivie d'une condamnation sans révocation du sursis.

2.2. Les obligations du probationnaire pendant le délai d'épreuve

Le condamné est soumis à deux séries d'obligations : des mesures de contrôle (2.2.1.) appliquées systématiquement à tous les condamnés au SME et, des obligations particulières (2.2.2.) propres à chacun, choisies parmi une liste fixée à l'article 132-45 du code pénal.

Le SME ayant pour but de favoriser la réinsertion du condamné, il peut faire l'objet de mesures d'aide et d'assistance.

Ces obligations doivent être notifiées au condamné par procès-verbal. Le condamné en reçoit copie.

2.2.1 Les mesures de contrôle

Elles ont un caractère général et s'appliquent automatiquement. Elles sont définies à l'article 132-44 du code pénal. Elles sont au nombre de 5.

Elles ont pour objectif de contrôler la résidence, les moyens d'existence et la situation socio-professionnelle du condamné. Pour ce faire, ce dernier doit communiquer certaines informations et obtenir des autorisations du JAP.

Ainsi, le probationnaire a l'obligation de répondre aux convocations du JAP ou du travailleur social du SPIP. Il doit se soumettre aux visites du travailleur social. Ce dernier peut donc pénétrer dans le domicile afin de réaliser le suivi de la mesure.

Le condamné doit produire toutes les pièces justificatives permettant de s'assurer de ses moyens d'existence et du respect des obligations ;

Le probationnaire doit aussi signaler tout changement d'emploi : sous réserve des conditions énoncées à l'article 132-44-5° CP, il est libre de changer son emploi pour un autre. L'objectif étant qu'il continue de s'acquitter des obligations qui sont les siennes ;

Le probationnaire doit informer le JAP ou le travailleur social du SPIP de tout changement de résidence : cette information a pour objectif de maintenir un contrôle effectif sur le condamné et de permettre l'éventuel transfert de compétences à un autre JAP et à un autre SPIP, si le nouveau lieu de résidence se situait dans une autre juridiction. Il doit aussi informer le travailleur social de tout déplacement d'une durée supérieure à 15 jours, qu'il soit professionnel ou de loisir (art. 132-44-4° CP) ;

L'article 132-44-5° CP indique que le probationnaire doit obtenir l'autorisation préalable du JAP pour tout changement de résidence ou d'emploi qui viendrait à poser des difficultés au regard de ses obligations ;

Pour tout déplacement à l'étranger, quelles qu'en soient les raisons (professionnelles ou personnelles) et la durée, le condamné doit obtenir l'autorisation préalable du JAP. Ce dernier peut solliciter l'application des mesures prévues par la convention européenne du 30 novembre 1964, de l'article 27 plus particulièrement, indiquant que l'Etat requis doit essayer de mettre en œuvre le suivi de la mesure imposée par la France, en l'adaptant si la nécessité s'en fait ressentir à sa propre législation (art.11 Conv. du 30 novembre 1964).

▪ Le suivi effectif de la mesure :

L'article 739 du CPP précise que c'est le juge de l'application des peines, dont la compétence est celle du lieu de résidence du condamné, qui assure le suivi de la mesure. Cette tâche peut être confiée aux travailleurs sociaux du service pénitentiaire d'insertion et de probation (art. 740 CPP) ou à toute personne qualifiée (art. 740 CPP).

Si le condamné n'a pas de résidence en France ou, est sans domicile fixe, le JAP compétent est celui du lieu de condamnation.

Enfin, la convention européenne pour la surveillance des personnes condamnées ou libérées sous conditions du 30 novembre 1964 (entrée en vigueur le 22 août 1975) permet de demander aux autorités judiciaires d'un pays signataire d'assurer la surveillance, l'exécution des condamnations ou l'entière application d'une condamnation concernant l'un de ses résidents comme s'il s'agissait d'une condamnation prononcée par sa juridiction.

■ Conséquences en cas de non respect des mesures de contrôle

Le condamné est tenu de se présenter chaque fois qu'il en est requis devant le JAP.

Si le condamné ne se soumet pas aux obligations probatoires, le JAP peut, d'office ou sur réquisitions du parquet ordonner par ordonnance motivée, la prolongation du délai d'épreuve. Il peut aussi révoquer en tout ou en partie le sursis. La procédure contradictoire de l'article 712-6 CPP est applicable (voir fiche F. 29 Les juridictions d'application des peines)

2.2.2. Les obligations particulières

Les obligations particulières sont définies à l'article 132-45 CP. Leur nombre a tendance à augmenter ; après la loi du 12 décembre 2005, la liste comprend 19 obligations. Elles concernent la vie sociale et professionnelle du probationnaire, son état de santé, la prévention de la récidive, les parties civiles.

Art. 132-45 CP (modifié par la loi du 12 décembre 2005) :

La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

1° Exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle ;

2° Etablir sa résidence en un lieu déterminé ;

3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ;

4° Justifier qu'il contribue aux charges familiales ou acquitte régulièrement les pensions alimentaires dont il est débiteur ;

5° Réparer en tout ou partie, en fonction de ses facultés contributives, les dommages causés par l'infraction, même en l'absence de décision sur l'action civile ;

6° Justifier qu'il acquitte en fonction de ses facultés contributives les sommes dues au Trésor public à la suite de la condamnation ;

7° S'abstenir de conduire certains véhicules déterminés par les catégories de permis prévues par le code de la route ;

8° Ne pas se livrer à l'activité professionnelle dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ;

9° S'abstenir de paraître en tout lieu spécialement désigné ;

10° Ne pas engager de paris, notamment dans les organismes de paris mutuels ;

11° Ne pas fréquenter les débits de boissons ;

12° Ne pas fréquenter certains condamnés, notamment les auteurs ou complices de l'infraction ;

13° S'abstenir d'entrer en relation avec certaines personnes, notamment la victime de l'infraction.

14° Ne pas détenir ou porter une arme ;

15° En cas d'infraction commise à l'occasion de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur, accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation à la sécurité routière ;

16° S'abstenir de diffuser tout ouvrage ou oeuvre audiovisuelle dont il serait l'auteur ou le co-auteur et qui porterait, en tout ou partie, sur l'infraction commise et s'abstenir de toute intervention publique relative à cette infraction ; les dispositions du présent alinéa ne sont applicables qu'en cas de condamnation pour crimes ou délits d'atteintes volontaires à la vie, d'agressions sexuelles ou d'atteintes sexuelles ; (1)

17° Remettre ses enfants entre les mains de ceux auxquels la garde a été confiée par décision de justice ; (1)

18° Accomplir un stage de citoyenneté (entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2004).

19° En cas d'infraction commise soit contre son conjoint ou son concubin, soit contre ses enfants ou les enfants de ce dernier, résider hors du domicile ou de la résidence du couple et, le cas échéant, s'abstenir de paraître dans ce domicile ou cette résidence ou aux abords immédiats de celui-ci, ainsi que, si nécessaire, faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique

▪ **Compétence pour la fixation de ces obligations :**

La juridiction de jugement et/ou le JAP peuvent fixer une ou plusieurs obligations particulières au condamné (art.132-45 alinéa 1 CP). Les modalités de mise en œuvre de ces obligations doivent être précisément énoncées.

▪ **Le moment de la fixation de ces obligations :**

Soit la juridiction de jugement aura précisé les obligations particulières que le JAP peut modifier « à tout moment » (art. 739 CPP), soit, elle ne l'aura pas fait et laissera alors ce soin au JAP qui pourra les fixer dès le premier entretien de notification ou en cours d'exécution de la mesure.

▪ **Compétence pour les modifications des obligations particulières :**

Le JAP a compétence exclusive pour, par ordonnance motivée, modifier, supprimer ou ajouter, en cours de suivi, les obligations fixées par lui-même ou par la juridiction de jugement.

2.3 Les mesures d'aide et d'assistance au probationnaire

L'article 132-43 al.1 CP prévoit que le condamné peut bénéficier de mesures d'aide et d'assistance destinées à favoriser son reclassement social.

Elles sont mises en œuvre par le SPIP et peuvent prendre la forme d'aide sociale et/ou matérielle ; le SPIP peut solliciter la participation d'organismes publics ou privés pour l'aider dans cette tâche.

3. LA FIN DU DELAI D'ÉPREUVE

Le délai d'épreuve prend fin soit par une décision de non avenu soit par une décision de révocation de la mesure.

3.1 La peine est non avenue

3.1.1 Les conditions du non avenu

- Principe : le non avenu en fin de délai d'épreuve (art. 132-52 CP)

Il est en principe automatique lorsque aucun incident n'est venu contrarier le bon déroulement de la mesure, c'est-à-dire en l'absence de révocation de mise à exécution de la totalité de l'emprisonnement.

▪ Le non avenue anticipé (art. 744 CPP):

Le non avenue peut aussi être exceptionnellement le fruit d'une décision de justice. Le reclassement social du condamné paraît acquis et il satisfait aux obligations du SME : dès lors le JAP peut déclarer le non avenue, après l'expiration d'un délai de un an à compter du jour où la condamnation est devenue définitive.

Cette décision exige deux conditions : le respect des mesures de contrôle et des obligations particulières ; le reclassement du condamné paraît acquis.

La décision est prise lors d'une audience de cabinet, en chambre du conseil, après débat contradictoire auquel sont conviés le procureur, le condamné et/ou son avocat.

3.1.2 Les effets du non avenue

La peine est considérée comme n'ayant jamais existé que ce soit pour la partie probatoire ou pour la partie ferme éventuelle de la peine. De ce fait la condamnation n'entre pas en ligne de compte pour qualifier la récidive ou pour le prononcé d'un sursis simple.

La condamnation réputée non avenue implique la suppression de sa mention sur le Bulletin numéro 2 du casier judiciaire. La suppression au Bulletin numéro 1 n'est réalisée que pour les mineurs ;

Une fois le non avenue prononcé, le SME ne peut plus être révoqué pour des faits commis postérieurement à cette décision ;

Les effets du non avenue s'appliquent également aux peines antérieures faisant l'objet d'un sursis probatoire.

3.2 La révocation totale ou partielle du SME

La révocation totale ou partielle du SME résulte soit de la commission de nouvelles infractions pendant le délai d'épreuve (art. 132-47 et suivants CP) (3.2.1.), soit de l'inobservation des mesures et obligations qui lui ont été fixées (3.2.2.).

3.2.1. En cas de commission d'une nouvelle infraction pendant le délai d'épreuve

Il doit s'agir d'un crime ou d'un délit de droit commun suivi d'une condamnation à une peine privative de liberté sans sursis.

Dans ce cas, la révocation, en tout ou en partie, est décidée par la juridiction de jugement, après avis du JAP. Cette révocation ne peut « être ordonnée pour des infractions commises avant que la condamnation assortie du sursis ait acquis un caractère définitif ».

La juridiction peut, par décision spéciale et motivée, exécutoire par provision, faire incarcérer le condamné suite à une révocation partielle ou totale du sursis.

3.2.2 En cas d'inobservation des mesures de contrôle et des obligations particulières imposées dans le cadre du SME

Le JAP peut ordonner la révocation du sursis suivant la procédure contradictoire de l'article 712-6 CPP.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Fiche 5-2 : Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- Fiche 29 Les juridictions de l'application des peines
- Fiche 37 L'ajournement du prononcé de la peine avec mise à l'épreuve

JURISPRUDENCE

- Cass. crim. 29 juin 1993, *BC* n° 229
- Cass. crim. 12 décembre 1995, *BC*, n° 376, *RSC* 1996. 649
- Cass. crim. 24 octobre 2000, *BC* n° 308, *RSC* 2001. 162, *JCP* 2001.II.10535

ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- CHAUVENET A., GORGEON C., MOUHANNA C., ORLIC F., "Entre social et judiciaire : quelle place pour le travail social de milieu ouvert ? », *APC* 2001, n° 23, p. 71
- COUVRAT P., « Le temps des sursis : apports jurisprudentiels », *RSC* 1988, chr. 836
- COUVRAT P., « Réflexions sur la mise à l'épreuve », Mélanges J. Languier, P.U. de Grenoble, 1993

F. 38 CLASSEUR DE DROIT PENITENTIAIRE/ENAP

LE SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

REPERES HISTORIQUES

Le suivi socio-judiciaire a été créé par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Un fichier national automatisé des empreintes génétiques destiné aux auteurs d'infractions sexuelles est organisé par le décret du 18 mai 2000.

Ensuite, le régime juridique du suivi socio-judiciaire ainsi que celui du fichier font l'objet de réformes successives, la plus importante étant celle réalisée par la loi du 9 mars 2004 .

La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales prévoit la possibilité d'assortir le suivi socio-judiciaire, à titre de mesure de sûreté, d'un placement sous surveillance électronique mobile.

TEXTES DE REFERENCE

- Articles 131-36-1 à 131-36-8, 133-16 al. 2 CP
- Articles 763-1 à 763-9 CPP
- Articles R. 53-9 à R. 53-21, R. 57-5 à R. 57-7, R. 61 à R. 61-6 CPP
- Articles L. 3711-1 à L. 3711-5, R. 322-9 II, R. 355-33 à R. 355-55 du code de la santé publique
- Circulaire du Ministère de la justice crim-98-09 F1 du 1^{er} octobre 1998

L'ESSENTIEL

Le suivi socio-judiciaire est une peine complémentaire restrictive de liberté. Elle peut aussi être prononcée à titre de peine principale alternative en matière délictuelle.

Son objectif est de prévenir la récidive et de traiter les auteurs d'infractions sexuelles en allongeant la durée du contrôle social et en incitant les condamnés à suivre un traitement médical sous peine d'être incarcéré. Le suivi socio-judiciaire (SSJ) peut comprendre une injonction de soins.

PLAN

Champ d'application du suivi socio-judiciaire

Contenu du SSJ

Régime juridique et mise en œuvre

L'achèvement du SSJ

DEFINITION

Le suivi socio judiciaire (SSJ) est une peine restrictive de liberté (art. 131-36-1 CP) réservée aux seuls auteurs d'infractions sexuelles (à l'exception du harcèlement et du bizutage), pour des faits commis après l'entrée en vigueur de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998. Elle soumet le condamné, sous le contrôle du JAP et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive.

1. DOMAINE D'APPLICATION DU SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

Le SSJ concerne des domaines spécifiques d'application quant aux infractions (1.1.), aux condamnés (1.2.) et à la peine (1.3.)

▪ Les infractions

Le domaine d'application du SSJ concerne les infractions à caractère sexuel, à l'exception du bizutage et du harcèlement sexuel. Les infractions concernées sont les suivantes :

- meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie (art. 221-9-1 CP) ;
- viol simple ou viol aggravé (art. 222-23 à 222-32 du CP) ;
- agression sexuelle simple ou aggravée et exhibition sexuelle (art. 222-48-1 CP)
- corruption de mineurs, diffusion, fabrication d'images pornographiques contenant l'image d'un mineur (art. 227-22 à 227-27 CP) ;
- atteinte sexuelle sans violence ni contrainte sur un mineur de quinze ans simple ou aggravée (art. 227-31 CP).

▪ Les condamnés

Cette peine s'adresse tant aux majeurs qu'aux mineurs, qu'ils soient libres ou incarcérés. En effet, l'article 20-4 de l'ordonnance du 2 février 1945 ne mentionne pas le SSJ sur la liste des peines ne pouvant être prononcées à leur encontre. Cependant, la loi du 09 mars 2004 a abrogé l'article 763-8 CPP, lequel précisait les modalités d'application du SSJ aux mineurs.

▪ Le type de peine

Le SSJ peut être prononcé comme peine principale alternative ou comme peine complémentaire :

- en matière criminelle, le SSJ ne peut être qu'une peine complémentaire ;
- en matière délictuelle, il peut être prononcé, soit comme peine principale alternative à l'emprisonnement, soit comme peine complémentaire.

En qualité de peine complémentaire, il accompagne une peine privative de liberté sans sursis (art. 131-36-5 CP). Il ne peut donc compléter une peine privative de liberté assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve (art. 131-6-6 CP).

En revanche, le SSJ peut être appliqué alors qu'un SME avait déjà été prononcé pour une autre condamnation.

2. LE CONTENU DU SSJ

Le condamné au SSJ doit se soumettre à des mesures et obligations dont certaines sont inhérentes au SSJ et d'autres plus spécifiques, afin de prévenir la récidive. Elles sont prononcées par la juridiction de jugement ou par le JAP. Ce dernier s'assure également du contrôle de la mesure. Dans ce contexte, le JAP peut modifier ou compléter les obligations – après audition du condamné et avis du procureur de la République-, mais il ne peut pas en supprimer (art. 763-3 al. 1 CPP).

2.1 Des mesures de surveillance imposées au condamné analogues à celles du SME

Les mesures de surveillance applicables à la personne condamnée à un SSJ sont celles prévues à l'article 132-44 CP. Ce sont donc les mêmes que celles du SME (art. 131-36-2 al.1 CP). Elles s'appliquent automatiquement.

Il en va de même pour les obligations particulières inhérentes au sursis probatoire (art. 132-45 CP) : elles peuvent être imposées par la juridiction répressive ou par le JAP en cours de suivi.

▪ Art. 132-44 CP :

Les mesures de contrôle auxquelles le condamné doit se soumettre sont les suivantes :

- 1° Répondre aux convocations du juge de l'application des peines ou du travailleur social désigné ;
- 2° Recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de ses moyens d'existence et de l'exécution de ses obligations ;
- 3° Prévenir le travailleur social de ses changements d'emploi ;
- 4° Prévenir le travailleur social de ses changements de résidence ou de tout déplacement dont la durée excéderait quinze jours et rendre compte de son retour ;
- 5° Obtenir l'autorisation préalable du juge de l'application des peines pour tout déplacement à l'étranger et, lorsqu'il est de nature à mettre obstacle à l'exécution de ses obligations, pour tout changement d'emploi ou de résidence.

▪ Art. 132-45 CP :

La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

- 1° Exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle ;
- 2° Etablir sa résidence en un lieu déterminé ;
- 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ;
- 4° Justifier qu'il contribue aux charges familiales ou acquitte régulièrement les pensions alimentaires dont il est débiteur ;
- 5° Réparer en tout ou partie, en fonction de ses facultés contributives, les dommages causés par l'infraction, même en l'absence de décision sur l'action civile ;
- 6° Justifier qu'il acquitte en fonction de ses facultés contributives les sommes dues au Trésor public à la suite de la condamnation ;
- 7° S'abstenir de conduire certains véhicules déterminés par les catégories de permis prévues par le code de la route ;
- 8° Ne pas se livrer à l'activité professionnelle dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ;
- 9° S'abstenir de paraître en tout lieu spécialement désigné ;
- 10° Ne pas engager de paris, notamment dans les organismes de paris mutuels ;
- 11° Ne pas fréquenter les débits de boissons ;
- 12° Ne pas fréquenter certains condamnés, notamment les auteurs ou complices de l'infraction ;
- 13° S'abstenir d'entrer en relation avec certaines personnes, notamment la victime de l'infraction.
- 14° Ne pas détenir ou porter une arme ;
- 15° En cas d'infraction commise à l'occasion de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur, accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation à la sécurité routière ;
- 16° S'abstenir de diffuser tout ouvrage ou oeuvre audiovisuelle dont il serait l'auteur ou le co-auteur et qui porterait, en tout ou partie, sur l'infraction commise et s'abstenir de toute intervention publique relative à cette infraction ; les dispositions du présent alinéa ne sont applicables qu'en cas de condamnation pour crimes ou délits d'atteintes volontaires à la vie, d'agressions sexuelles ou d'atteintes sexuelles ;
- 17° Remettre ses enfants entre les mains de ceux auxquels la garde a été confiée par décision de

justice ;

18° Accomplir un stage de citoyenneté

19° En cas d'infraction commise soit contre son conjoint ou son concubin, soit contre ses enfants ou les enfants de ce dernier, résider hors du domicile ou de la résidence du couple et, le cas échéant, s'abstenir de paraître dans ce domicile ou cette résidence ou aux abords immédiats de celui-ci, ainsi que, si nécessaire, faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.

A noter, une personne peut être soumise à la fois à des obligations issues du SSJ et du SME ou, issues du SSJ et de la libération conditionnelle (art. D. 536 CPP).

2.2 Les obligations spécifiques au SSJ

Des obligations spécifiques au SSJ peuvent être imposées au condamné :

Art. 131-36-2 al. 1 CP :

1° S'abstenir de paraître en tout lieu ou catégorie de lieux spécialement désignés, et notamment les lieux accueillant habituellement des mineurs ;

2° S'abstenir de fréquenter ou d'entrer en relation avec certaines catégories de personne, et notamment des mineurs, à l'exception, le cas échéant, de ceux désignés par la juridiction ;

3° Ne pas exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec les mineurs.

L'article 131-36-3 prévoit également des mesures d'assistance pour la personne condamnée en vue de la seconder dans ses efforts de réinsertion sociale.

2.3 Obligations spécifiques au SSJ avec injonction de soins

Une injonction de soins peut accompagner le prononcé du SSJ (art. 131-36-4 CP). Cette possibilité est donnée à la juridiction de jugement (art. 131-36-4 al. 2 CP) comme au JAP (art. 763-3 CPP) en cours de mesure.

Elle nécessite cependant 2 préalables : la réalisation d'expertises médicales et l'assentiment du condamné à suivre le traitement.

2.3.1 La réalisation d'une ou de deux

(en cas de meurtre ou d'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie) expertises médicales est obligatoire :

- avant tout prononcé d'injonction de soins émanant de la juridiction de jugement (art. 131-36-4 alinéa 1 CP) ;

- avant la décision du JAP prononçant une injonction de soins (art. 763-3 al. 3 CPP) ;

- avant la libération d'un détenu condamné à une peine privative de liberté avec un SSJ avec injonctions de soins si la condamnation date de plus de 2 ans. Si la condamnation est plus récente, l'expertise médicale devient facultative (art. 763-4 al. 1 CPP) ; toutefois, l'article R. 57-7 CPP semble indiquer l'obligation pour tout détenu condamné à un SSJ de subir un « examen psychiatrique » avant sa libération ;

- avant toute décision de relèvement de la mesure, l'article 763-6 alinéa 3 du code de procédure pénale rappelle la nécessité d'une expertise médicale ;

Le JAP a aussi la faculté de solliciter des expertises médicales pour s'assurer de l'état psychologique du condamné (art. 763-4 al. 2 CPP). Cette expertise peut également se réaliser sur réquisition du procureur de la République. Excepté le cas prévu à l'article 131-36-4 CP et sauf décision contraire du JAP, une seule expertise médicale suffit.

2.3.2. L'assentiment du condamné à suivre le traitement médical

Le condamné est incité à accepter un traitement médical sous peine d'être incarcéré. Cependant le consentement du condamné reste indispensable.

- Dans le cadre du SSJ prononcé par la juridiction de jugement :

Le président avertit le condamné des conséquences de l'injonction de soins à savoir, le suivi d'un traitement médical. En cas de refus des soins proposés, le président doit informer le condamné des risques d'incarcération (art. 131-36-4 alinéa 2 CP). Si tel était le cas, le condamné doit être averti qu'il aura la possibilité de commencer un traitement en détention (art. 131-36-4 CP).

- Dans le cadre du SSJ prononcé par le JAP :

Le JAP doit informer clairement le condamné de la nécessité de son consentement pour entamer un traitement médical. Il lui précise également les risques de mise à exécution de la peine d'emprisonnement prononcée par la juridiction de jugement en cas d'opposition.

- En cas d'incarcération du condamné :

Lorsqu'un condamné à un SSJ avec injonction de soins exécute une peine ferme, il exécute sa peine dans un établissement pénitentiaire doté d'un service médical assurant un suivi psychologique (art. R. 57-5 CPP).

Un traitement médical doit lui être proposé dès l'incarcération (art. 131-36-4 al. 2 CP). Cette information est renouvelée par le JAP au moins tous les 6 mois (art. 763-7 al. 2 CPP). En cas de refus de suivre un traitement médical, l'article 721-1 du code de procédure pénale prévoit, sauf décision contraire du JAP, que le condamné ne fournit pas les efforts de réadaptation sociale permettant l'octroi de réduction supplémentaire de peine.

Cependant, les personnes ayant déjà été condamnées pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-22 et 227-27 du code pénal (les infractions pouvant donner lieu à un SSJ) ne peuvent bénéficier de réduction supplémentaire de peine si, lorsque leur condamnation est devenue définitive, le casier judiciaire faisait mention d'une telle condamnation (sauf décision contraire du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines).

2.4 Le SSJ assorti du placement sous surveillance électronique mobile

La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales prévoit la possibilité d'assortir le suivi socio-judiciaire, à titre de mesure de sûreté, d'un placement sous surveillance électronique mobile (art. 131-36-9 CP).

Le placement sous surveillance électronique mobile (PSEM) ne peut être ordonné qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans et dont une expertise médicale a constaté la dangerosité, lorsque cette mesure apparaît indispensable pour prévenir la récidive à compter du jour où la privation de liberté prend fin (art. 131-36-10 CP).

Le PSEM emporte, pour le condamné, l'obligation de porter pour une durée de deux ans, renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en matière criminelle, un émetteur permettant à tout moment de déterminer à distance sa localisation sur l'ensemble du territoire national (131-36-12 CP).

Un an au moins avant la date prévue de sa libération, la personne condamnée au placement sous surveillance électronique mobile en application des articles 131-36-9 à 131-36-12 du code pénal fait l'objet d'un examen destiné à évaluer sa dangerosité et à mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction (art. 763-10 CPP).

C'est au vu de cet examen que le juge de l'application des peines détermine la durée pendant laquelle le condamné sera effectivement placé sous surveillance électronique mobile.

Les modalités d'exécution du placement sous surveillance électronique mobile sont les mêmes que le PSE (V. Fiche F.31-8. Le placement sous surveillance électronique).

2.5 Recours contre les modifications des obligations particulières et le prononcé d'une injonction de soins par le JAP

Le JAP peut modifier les obligations particulières mises à la charge du condamné. Sa décision est exécutoire par provision. Elle peut être attaquée par la voie de l'appel par le condamné, le procureur de la République et le procureur général, à compter de sa notification selon les modalités prévues au 1° de l'article 712-11. Le JAP peut également prononcer une injonction de soins.

Le recours est porté devant le président de la Chambre de l'application des peines (voir fiche F.33 Les procédures de recours).

3. LE REGIME JURIDIQUE ET MISE EN ŒUVRE DU SSJ

Il s'agit de préciser la durée du SSJ (2.1.), le déroulement de la mesure (2.2.) mais aussi de présenter les mesures de surveillance et d'assistance imposées au condamné dans le cadre du SSJ (2.4.) et la possibilité du prononcé d'une injonction de soins (2.3.)

3.1 Durée du SSJ

La durée du SSJ est définie par la juridiction de jugement en application de l'article 131-36-1 al. 2 du code pénal. Elle ne peut excéder 10 ans en cas de condamnation pour délit et 20 ans en cas de condamnation pour crime.

Depuis la loi du 9 mars 2004, cette durée peut être portée à 20 ans par décision spécialement motivée de la juridiction de jugement en matière délictuelle. Lorsqu'il s'agit d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle, cette durée peut être portée à 30 ans, et pour un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, la cour d'assises peut décider que le SSJ s'appliquera sans limitation de durée. Cependant, le tribunal de l'application des peines pourra mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de

trente ans, selon la procédure de l'art. 712-7 CPP (voir fiche F. 29 Les juridictions d'application des peines).

3.2 Le déroulement de la mesure

3.2.1 La notification des mesures de surveillance et d'assistance :

Le JAP convoque l'intéressé, lui notifie les mesures de surveillance et d'assistance qui lui ont été imposées par la décision de justice et, le cas échéant, les obligations complémentaires qu'il a pu ordonner. Il lui indique également les modalités et la durée du SSJ ainsi que la durée maximale de l'emprisonnement encouru en cas d'inobservation des obligations.

Le SSJ commence dès que la décision est devenue exécutoire s'il est prononcé à titre de peine principale, ou s'il est prononcé à titre complémentaire d'une peine privative de liberté, lorsque celle-ci aura pris fin.

3.2.2 Le suivi de la mesure

La personne condamnée à un SSJ est placée sous le contrôle du JAP dans le ressort duquel elle a sa résidence habituelle.

Le JAP peut également désigner le SPIP pour veiller au respect des mesures et obligations imposées au condamné.

Si cette personne n'a pas de domiciliation en France, c'est le JAP du tribunal ayant prononcé la peine en première instance qui sera chargé du suivi.

L'article 763-2 CPP précise que c'est au condamné à justifier de l'accomplissement de ses mesures et obligations.

3.2.3 Aménagement de la peine privative de liberté et mesures de surveillance et d'assistance imposées par le SSJ

L'article 763-7 al. 2 CPP ne prévoit pas d'incompatibilité entre l'application des mesures et obligations du SSJ et les aménagements de peine.

En revanche, les réductions de peine supplémentaires sont inapplicables à certains récidivistes précisés à l'art. 721-1 CPP.

L'article R. 61-5 du code de procédure pénale prévoit que le JAP peut écarter les obligations du SSJ si « leur mise en œuvre s'avère incompatible avec la mesure d'aménagement dont bénéficie l'intéressé, notamment en raison de la brièveté de la sortie de l'établissement pénitentiaire ».

3.3 L'injonction de soins

L'injonction de soins commence dès la condamnation s'il n'y a pas de peine privative de liberté ou, dans le cas contraire, suite à l'exécution de cette peine. Une incitation aux soins doit toutefois être mise en œuvre auprès du détenu dès l'incarcération. S'il s'engage dans cette démarche de soins, il pourra bénéficier de réduction supplémentaire de peine.

La mesure d'injonction de soins se déroule de la façon suivante :

3.3.1 Le médecin coordonnateur

L'injonction de soins entraîne la désignation d'un médecin coordonnateur parmi les noms de médecins ou psychiatres figurant sur une liste établie par le procureur de la République (art. L. 3711-1 et R. 355-40 du code de la santé publique).

Le médecin coordonnateur ne peut avoir un lien familial, d'alliance ou d'intérêt professionnel avec la personne condamnée. Il ne pourra être désigné médecin traitant, ni réaliser d'expertise médicale de la personne condamnée.

Le JAP notifie par ordonnance le nom du médecin coordonnateur au condamné et la date à laquelle il devra le rencontrer (le délai ne peut être supérieur à un mois à compter de la notification).

Le médecin coordonnateur est chargé :

- de convoquer le condamné pour lui indiquer qu'il aura à choisir un médecin traitant (art. R. 3711-1 Code de la santé publique) ;
- de conseiller le médecin traitant, à la demande de ce dernier (art. L. 3711-1 2° code de la santé) ;
- de transmettre au JAP ou au travailleur social du SPIP les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins. Le médecin coordonnateur doit voir régulièrement et au moins une fois par an la personne condamnée pour établir un bilan de sa situation et informer le JAP (art. L. 3711-1 3°- R. 355-52 code de la santé) ;
- d'informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné de la possibilité de poursuivre le traitement après la fin de la mesure (art. L. 3711-1 4° code de la santé).

3.3.2 Le médecin traitant

Le condamné choisit un médecin traitant. Ce choix est avalisé par le médecin coordonnateur sauf si ce médecin « n'est manifestement pas en mesure de conduire la prise en charge d'auteurs d'infractions sexuelles ».

Si le condamné est mineur c'est le dépositaire de l'autorité parentale qui doit le choisir.

En cas de désaccord persistant, le JAP doit désigner un médecin après avis du médecin coordonnateur.

Le médecin traitant doit donner son accord par écrit après avoir été informé de sa mission par le médecin coordonnateur.

- il doit assurer le traitement médical du condamné. Il est tenu d'envoyer régulièrement des attestations de suivi de traitement au JAP ou au travailleur social du SPIP (art. L. 3711-2 dernier alinéa code de la santé publique) ; l'objectif étant de s'assurer du respect de l'injonction de soins ;
- il peut proposer au JAP d'ordonner une expertise médicale ;
- il est tenu de passer par le médecin coordonnateur pour informer le JAP de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement (art. L. 3711-3 code de la santé) ;
- toutefois, en cas d'interruption du traitement, le médecin est « habilité » à informer le JAP ou le SPIP directement. On ne peut alors lui opposer les dispositions relatives au secret professionnel.

Toutes pièces utiles du dossier doivent être communiquées par le JAP, à sa demande, au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.

3.3.3 La poursuite du traitement après la fin de la mesure

L'article L. 355-33-4° du code de la santé publique prévoit que le médecin coordonnateur doit informer le condamné de la possibilité de poursuivre le traitement avec le médecin traitant alors même que le SSJ est terminé.

4. L'ACHEVEMENT DU SSJ

L'achèvement du SSJ diffère selon qu'il se passe sans incident ou avec incident.

4.1 L'achèvement du SSJ sans incident

L'achèvement de la mesure du SSJ sans incident peut déboucher sur un relèvement de la mesure ou une réhabilitation.

4.1.1. Le relèvement de la mesure

Toute personne condamnée à un SSJ peut demander à la juridiction qui a prononcé la condamnation (à la chambre de l'instruction si la condamnation a été prononcée par une cour d'assises) à être relevée de cette mesure sauf lorsque le SSJ a été prononcé à titre de peine principale (art. 763-6 CPP).

La demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation.

La demande est adressée au juge de l'application des peines qui ordonne une expertise médicale (deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie) et la transmet à la juridiction compétente avec son avis motivé.

La juridiction statue sur tout ou partie de la mesure, dans les conditions prévues à l'article 703 al. 3 à 5 CPP. En cas de refus, le condamné ne peut présenter une nouvelle demande qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de cette décision.

4.1.2. La réhabilitation

La réhabilitation ne produit ses effets qu'à la fin de la mesure (art. 133-16 al. 2 CP). De plus, les articles 736 et 746 alinéas 3 du code de procédure pénale prévoient que la disposition selon laquelle les incapacités, interdictions et déchéances cessent de produire leurs effets en cas de non avenu, n'est pas applicable au SSJ.

4.2 L'achèvement du SSJ avec incident

Lors de la condamnation à un SSJ, la juridiction doit fixer la durée maximum de l'emprisonnement qui pourra être mis à exécution en cas d'inobservation des mesures et obligations dont l'injonction de soins. Cette durée est de 3 ans maximum pour un délit et de 7 ans maximum pour un crime.

L'article 131-36-5 dernier alinéa CP précise que cet emprisonnement se cumulerait avec toutes les peines privatives de liberté prononcées pour les infractions commises pendant le SSJ.

Le SSJ est suspendu lorsqu'une incarcération se produit en cours de mesure.

En cas d'incident en cours de mesure, le JAP peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement fixé par anticipation et prononcé par la juridiction de jugement, soit en totalité soit en partie. Le JAP statue par décision motivée et selon la procédure contradictoire de l'art. 712-6 CPP (voir fiche F. 29 Les juridictions d'application des peines). Le JAP peut délivrer un mandat d'amener ou un mandat d'arrêt ; il est alors procédé conformément aux dispositions de l'art. 712-17 CPP.

L'exécution de la peine d'emprisonnement peut porter sur tout ou partie de cette peine. Cet emprisonnement se cumule, sans possibilité de confusion, avec les peines privatives de liberté prononcées pour des infractions commises pendant l'exécution de cette mesure (art. 131-36-5 al. 3 CP).

Le JAP peut décider, par ordonnance motivée, qu'il soit mis fin à l'emprisonnement précité s'il lui apparaît que le condamné est en mesure de respecter les obligations du SSJ.

En cas de nouveau manquement, par le condamné, à ses obligations, le JAP peut à nouveau ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement. Ce nouvel emprisonnement, cumulé au premier, ne doit pas dépasser la durée initialement fixée par la juridiction de jugement (art. R. 61-2 - art. 763-5 dernier alinéa CPP).

L'accomplissement de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du SSJ ne dispense pas le condamné de l'exécution du SSJ (art. 763-5 dernier alinéa CPP).

POUR ALLER PLUS LOIN

- Fiche 5-2 : Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- Fiche 29 Les juridictions d'application des peines
- Fiche 33 Les procédures de recours
- Fiche 36 : Le sursis avec mise à l'épreuve

JURISPRUDENCE

- Cass. crim. 18 février 2004, *BC* n° 47
- Cass. crim. 2 septembre 2004, *BC* n° 198
- Cass. crim. 16 mars 2005, *JCP* 2005.IV.2072

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- ARCHER E. Agressions sexuelles : victimes et auteurs, L'Harmattan, 1998
- COUV RAT P., « Le SSJ. Une peine pas comme les autres », *RSC* 1999, chr. 376
- DARBEDA P., « L'injonction de soins et le SSJ », *RSC* 2001, p. 625
- LAMEYRE X., *La criminalité sexuelle*, Flammarion, coll. Dominos, 2000
- LAVIELLE B., « Surveiller et soigner les agresseurs sexuels : un des défis posés par la loi du 17 juin 1998 », *RSC* 1999, p. 35

ANNEXE 5

PROGRAMME DE FORMATION DES CONSEILLERS D'INSERTION ET DE PROBATION/ ENAP

**LE PROGRAMME DE LA
FORMATION INITIALE DES CIP
(PROMOTION 2005-2007)**

- Axe 1 : Connaissance de l'institution
- Axe 2 : Connaissance de soi
- Axe 3 : Connaissance de la PPSMJ
- Axe 4 : Connaissance des outils et pratiques professionnelles
- Axe 5 : Connaissance des partenaires

AXE 1 : connaissance de l'Institution	Nombre d'heures
Le CIP dans la fonction publique : droits et obligations	3
Les différents personnels	3
Sociologie des organisations	12
Organisation sectorielle en établissement	3
Les politiques d'insertion	4
Evolution du travail social	4
Criminologie histoire des savoirs	6
Criminologie approche socio historique	12
Criminologie contemporaine	3
Eléments de politique pénitentiaire	4
Organisation de l'AP au sein du ministère de la justice	3
Histoire pénitentiaire	21
Organisation et fonctionnement d'un SPIP	3

AXE 2 : connaissance de soi	Nombre d'heures
Gestion du stress	6
Activités de groupe	30
Le travail en groupe	38
Introduction à la psychologie	3
Sensibilisation aux grands courants psy	3
Construction de la personnalité	6
Les psychopathologies	27
Les marginalités	15
Intro au concept de norme, déviances, stigmatisations	3
Psychiatrie criminelle	9

AXE 3 : connaissance de la PPSMJ	Nombre d'heures
Caractéristiques de la PPSMJ	3
Concepts d'insertion	4
Le passage à l'acte	7
Les victimes	18
Les longues peines	18
Les mineurs jeunes majeurs	6
Les femmes incarcérées	6
Les personnes âgées et les handicapées	6
lutte contre la toxicomanie	24
Les auteurs d'infraction à caractère sexuel	18
Les étrangers	18
Introduction au droit (optionnel)	8
Droit pénitentiaire	24
Droit pénal (optionnel)	12
Procédure pénale	12
Protection européenne des droits de l'homme détenu	9

AXE 4 : connaissance des outils et pratiques professionnelles	Nombre d'heures
Les écrits professionnels	26
Initiation à la gestion du temps	6
Méthodes en travail social	15
Communication orale	9
Les entretiens	25
Gestion des conflits	6
Actualité de la recherche et de la pratique en travail social	21
La souffrance au travail	6
Sensibilisation aux conduites à risque	6
Devenir acteur en hygiène et sécurité	6
GIDE/APPI	12
Prévention du suicide	9
Préparation à la sortie	6
La violence	18
Les psychologies sociales	27
Criminologie	6
Les soins obligés	3
Initiation à la recherche	20h30
Mesures privatives et restrictives de liberté	33
Droit des personne et droit social	18

AXE 5 : connaissance des partenaires	Nombre d'heures
Lutte contre les exclusions	6
Enseignement lutte contre l'illettrisme	4
Action sanitaire	3
Famille parentalité	21
Politique de la ville	9
Travail et formation professionnelle	18
partenariat	18
Les visiteurs	3
Actions d'éducation pour la santé	6
Actions culturelles	6
Les activités physiques et sportives	4
Culte et lutte contre le prosélytisme	6

Stages	Nombre d'heures
Préparations et retours de stages	43.3

Pôle de coordination	Nombre d'heures
Accueil et retour référents	31
Bilan de cycle	27
Contrôles	18
Cérémonie de clôture	6
Journées cohésion	12

Ateliers de pratiques professionnelles (APP)	Nombre d'heures
Partenariat	6
Situations à risque en SPIP	6
Préparation à la sortie	6
Le secret professionnel	6
L'identité professionnelle	6
Prise de fonction	27
Journées d'étude des élèves	60

TOTAL HORAIRE DES ENSEIGNEMENTS	995
--	------------

ANNEXE 6

ACCORD DE COOPERATION ENTRE L'ETAT FEDERAL BELGE ET LA REGION WALLONNE RELATIF A LA GUIDANCE ET AU TRAITEMENT D'AUTEURS D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL

- LOI DU 4 MAI 1999 PORTANT ASSENTIMENT DE L'ACCORD DE COOPERATION ENTRE L'ETAT FEDERAL ET LA REGION WALLONE (SIMILAIRE A L'ACCORD ENTRE L'ETAT FEDERAL ET LA COMMUNAUTE FLAMANDE)

**LOI PORTANT ASSENTIMENT DE L'ACCORD DE COOPERATION
ENTRE L'ETAT FEDERAL ET LA REGION WALLONNE RELATIVE
A LA GUIDANCE ET AU TRAITEMENT D'AUTEURS
D'INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL¹¹⁷
4 MAI 1999**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1er. La présente loi règle une manière visée à l'article 77, alinéa 1er, 10°, de la Constitution.

Art. 2. Assentiment est donné à l'accord de coopération ente l'Etat fédéral et la Région wallonne concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, signé à Bruxelles le 8 octobre 1998, annexé à la présente loi.

Art. 3. La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge. Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soi revêtue du sceau au de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 4 mai 1999.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,

T. VAN PARYS

Scellé du Sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,

T. VAN PARYS

¹¹⁷ Session ordinaire 1998-1999.

Sénat

Documents parlementaires. - 1-1230 - 1998/1999 : - N° 1 : Projet de loi. - N° 2 : Rapport. - N° 3 : Texte adopté par la commission.

Annales du Sénat : 25 mars 1999.

Chambre des représentants

Documents parlementaires. - 2102 - 1998/1999 : - N° 1 : Projet transmis par le Sénat. - N° 2 : Rapport.

Annales de la Chambre des représentants : 27 et 28 avril 1999.

Exposé des motifs

L'objectif général du Ministre de la Justice est de faire respecter et d'appliquer la loi, de prévenir la récidive et de promouvoir la (ré)insertion du délinquant dans la société tout en évitant la stigmatisation.

L'objectif général du Ministre wallon de la santé est de promouvoir le bien-être, la santé et l'épanouissement harmonieux des personnes et d'éviter qu'il y soit porté atteinte.

Cet accord de coopération se fonde sur une concertation et un consensus à propos du groupe-cible, de l'organisation, et des moyens. Cette coopération tient compte de la répartition des tâches en fonction des compétences spécifiques des parties concernées.

La coopération vise en particulier l'application de la loi du 13 avril 1995 relative aux abus sexuels à l'égard des mineurs. Aux termes de cette loi, l'avis d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels est requis avant toute décision de libération conditionnelle d'un condamné ou la libération à l'essai d'un interné. La libération conditionnelle du condamné est soumise à l'obligation de suivre une guidance ou un traitement dont la décision de libération détermine les modalités et la durée.

Ces dispositions légales sont inscrites dans la loi du 5 mars 1998 relative à la Libération Conditionnelle et modifiant la loi du 9 avril 1930 de Défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, modifiée par la loi du 1er juillet 1964, dont le Roi fixera la date d'entrée en vigueur.

Cet accord de coopération s'étend également aux auteurs d'infractions à caractère sexuel à l'égard desquels une guidance ou un traitement se justifie. Le Ministre de la Justice et le Ministre wallon de la santé s'efforcent de développer cette coopération. Les Ministres concernés s'engagent à reconnaître des équipes de santé spécialisées notamment dans la guidance et le traitement psychologique et social des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Cette collaboration est de nature comparable à l'accord conclu, le 9 février 1994, entre le Ministre de la Justice et le Ministre de la Communauté française chargé de l'aide sociale aux justiciables, relatif à la coopération en milieu pénitentiaire et en Défense sociale.

Article 2

On entend par auteur d'infractions à caractère sexuel toute personne ayant enfreint les articles 372 à 386ter inclus du Code pénal.

Aperçu des différents cadres légaux.

1° La procédure de Libération conditionnelle des condamnés :

Le régime de Libération conditionnelle (LC) trouve son fondement dans la loi Lejeune de 1888, modifiée par la nouvelle loi sur la Libération Conditionnelle du 5 mars 1998. La perspective d'une LC, transition entre la privation de liberté et la libération, peut motiver le condamné à modifier son comportement.

Dans le cadre de la loi du 13 avril 1995 relative aux abus sexuels à l'égard de mineurs, l'obtention d'une LC requiert l'avis d'un service spécialisé. Cet avis est formulé par les équipes psychosociales pluridisciplinaires spécialisées des établissements pénitentiaires.

Le libéré conditionnel doit être également soumis à l'obligation de suivre une guidance ou un traitement.

L'article 3, § 3, 4^o et l'article 4, § 5, alinéa 3 de la loi du 5 mars 1998 relative à la Libération conditionnelle et modifiant la loi du 9 avril 1930 de Défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, modifiée par la loi du 1er juillet 1964, prévoient des obligations analogues.

La LC est un mode d'exécution de la peine soumis au contrôle d'un assistant de justice chargé de guider le libéré conditionnel et de veiller au respect des conditions imposées. Cet assistant de justice rédige régulièrement un rapport sur le déroulement de la guidance à l'intention des autorités compétentes qui, le cas échéant, peuvent révoquer la LC.

2^o Procédure de libération des anormaux et délinquants d'habitude:

a) Les internés :

La loi de Défense sociale du 1er juillet 1964 à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, se fonde sur l'idée que les délinquants reconnus irresponsables de leurs actes doivent être soignés plutôt que punis. Cette loi poursuit également un objectif de protection de la société.

La libération des internés peut être précédée de congés ou d'une libération à l'essai. Cette décision est prise par la Commission de Défense sociale composée de trois membres : un magistrat actif ou émérite exerçant la présidence, un avocat et un médecin. Le Procureur du Roi assiste à la réunion avec voix consultative. Cette Commission décide de la libération à l'essai et en fixe les conditions.

La loi du 13 avril 1995 relative aux abus sexuels à l'égard de mineurs exige qu'un avis soit donné par un service spécialisé dans la guidance ou le traitement. Cet avis doit être formulé par les équipes psychosociales spécialisées au sein des établissements pénitentiaires ou de Défense sociale.

Aux termes notamment de l'article 20 de la loi du 1er juillet 1964, la libération à l'essai doit être assortie d'une tutelle médicale et sociale. La tutelle sociale est généralement assurée par un assistant de justice. La tutelle médicale est prise en charge par un spécialiste, par un service de santé mentale ou par une section d'institution psychiatrique, agréés par la Communauté/Région.

La préparation et le suivi de la libération à l'essai sont assurés par un assistant de Justice dont le rapport est adressé à la Commission de Défense sociale dont dépend l'intéressé.

b) Les condamnés mis à la disposition du gouvernement :

La loi du 5 mars 1998 relative à la Libération conditionnelle et modifiant la loi du 9 avril 1930 de Défense sociale à l'égard des anormaux et délinquants d'habitude, modifiée par la loi du 1er juillet 1964, étend le nombre de possibilités de mise à disposition du gouvernement d'un condamné.

Cette extension vise les auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Un auteur d'infraction à caractère sexuel à l'égard d'un mineur qui fait par ailleurs l'objet d'une mesure de mise à disposition du gouvernement ne peut être libéré par le Ministre de la Justice que sur avis spécialisé. En outre, la libération de l'intéressé peut être assortie de l'obligation de suivre une guidance ou un traitement auprès d'un service ou d'une personne désignée par le Ministre de la Justice.

3^o Suspension et sursis probatoire.

En vertu de la loi du 29 juin 1964 et du 10 février 1994, le juge peut éviter de prononcer une peine d'emprisonnement effectif par le biais de la suspension du

prononcé de la condamnation. Il peut également, en cas de condamnation, décider du sursis à l'exécution de la peine. Ces mesures peuvent s'accompagner de conditions particulières pour une période d'un à cinq ans (suspension et sursis probatoires).

A la requête de l'inculpé ou avec son accord, le magistrat peut faire procéder, par un assistant de justice, à une enquête sociale sur son comportement et son milieu. Cette enquête est obligatoire en cas de Travail d'Intérêt général (TIG).

La Commission de Probation du domicile de l'intéressé veille à l'exécution de celle-ci. Il existe une Commission de Probation dans chaque arrondissement judiciaire, composée d'un président (magistrat du siège), d'un avocat et d'un fonctionnaire. Le Procureur du Roi assiste aux réunions avec voix consultative.

La Commission désigne l'assistant de justice qui veillera au suivi de la mesure et établira un rapport, au moins tous les trois mois, à son intention.

4° Libération sous conditions.

La loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive habilite le juge d'instruction à mettre le prévenu en liberté, pour une durée de trois mois, en lui imposant de respecter une ou plusieurs conditions. Cette période d'essai peut être prolongée à une seule reprise et, le cas échéant, les conditions modifiées. Une des conditions peut être de suivre une guidance ou un traitement.

A l'issue de l'instruction judiciaire, le juge du fond saisi peut prolonger les conditions imposées, au plus tard jusqu'au jugement.

Les services de police ou l'assistant de justice veillent au respect des conditions.

5° Médiation pénale :

La médiation pénale (article 216ter du Code d'instruction criminelle) se situe entre un classement sans suite et la poursuite devant un tribunal pénal. Le Procureur du Roi peut proposer quatre types de mesure : la médiation entre l'auteur et la victime, le travail d'intérêt général, la formation et le traitement médical ou thérapeutique. Le présent protocole d'accord de coopération concerne uniquement le traitement médical ou thérapeutique. Si l'auteur satisfait aux conditions imposées, le Procureur du Roi constate l'extinction de l'action publique pour les faits traités dans le cadre de cette procédure.

La mesure ne peut être un traitement médical ou thérapeutique que dans le cas où le lien entre la maladie et l'infraction est invoqué par l'auteur. Ce lien doit être établi par les personnes suivantes : le magistrat en charge de la médiation, le substitut du Procureur du Roi et l'assistant de médiation. Celui-ci essaie de situer la problématique et d'y sensibiliser l'auteur pour déterminer avec lui le traitement médical ou la guidance psychologique et sociale la mieux adaptée. Le Procureur du Roi dresse un procès-verbal de l'accord intervenu en présence de la personne concernée.

L'assistant de justice veillera au respect des accords.

7° Libération provisoire des condamnés :

La libération provisoire est décidée par le Ministre de la Justice. Elle prévoit la suspension de l'exécution de la peine privative de liberté pour les motifs suivants :

- des raisons de santé : décision à caractère exceptionnel fondée sur des raisons humanitaires;
- en vue d'une libération conditionnelle: modalité de transition précédant une LC;
- en vue de l'éloignement du pays: mode de libération, calqué sur la LC, adapté aux étrangers qui doivent quitter la Belgique.

- pour pallier la surpopulation : il s'agit d'une procédure plus souple que la LC s'adressant aux condamnés dont les peines principales et subsidiaires n'excèdent pas trois ans. Ce type de libération peut être appliqué en l'absence de contreindications et pour autant que les perspectives de réinsertion sociale soient suffisantes. Ces libérations sont décidées par le directeur de la prison, sans avis préalable du Parquet ou de la Commission administrative.

Pour les détenus condamnés du chef d'infraction à caractère sexuel sur des mineurs d'âge, la décision de libération provisoire interviendra au niveau de l'Administration Centrale (Service des Cas Individuels) sur base de l'avis de la direction et de l'équipe psychosociale de la prison. Cet avis comprend, entre autres, un plan de guidance psychologique et social répondant à la problématique du concerné ainsi qu'un plan de reclassement mis au point en collaboration avec l'assistant de Justice.

Article 3

L'examen de personnalité pluridisciplinaire

Les équipes psychosociales se composent de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux et d'un directeur d'établissement pénitentiaire (criminologue).

Chaque prison dispose d'une telle équipe et leurs missions (voir circulaire 1629/XIII du 12 juillet 1994) sont multiples :

- identification des détenus pour lesquels il s'avère indiqué de procéder à une observation, à une guidance ou un traitement (compte tenu du passé psychiatrique, de la nature du délit...) et élaboration d'un plan de détention axé sur la réinsertion et donnant sens à la détention.

Si un traitement spécialisé s'impose ou si le détenu en fait la demande, il peut être fait appel à des professionnels extérieurs relevant de la compétence des Régions ou des Communautés.

- examens de personnalité et formulation d'avis, à l'attention des autorités compétentes, dans le cadre des modalités d'exécution de la peine et de la libération en particulier. Ces évaluations relèvent d'une approche dynamique et pluridisciplinaire situant la problématique dans une perspective évolutive.

Sensibilisation de l'auteur d'infraction à caractère sexuel à sa problématique

Dans ce contexte, les équipes psychosociales spécialisées sont chargées de collaborer à la mise en place d'un programme intrapénitentiaire. Il est important d'assurer cohérence et continuité avec le traitement psychologique et social extrapénitentiaire, assuré par les équipes de santé spécialisées des Régions. Il

conviendra d'impliquer celles-ci pour certains aspects de ce programme.

Article 4

Le service du Ministère de la Justice chargé de la guidance et du contrôle des conditions est dans la plupart des cas le Service Social d'Exécution des Décisions Judiciaires (les assistants de justice).

Missions des assistants de justice

Les assistants de justice :

- communiquent aux équipes de santé spécialisées les informations que les équipes spécialisées, l'auteur d'infractions à caractère sexuel et l'assistant de justice ont estimé, après concertation, nécessaires pour réaliser la guidance ou le traitement de la personne concernée. Il peut s'agir de la décision de l'autorité judiciaire ordonnant le traitement, de l'exposé des faits, de l'extrait du casier judiciaire, de l'enquête de moralité, de l'expertise psychiatrique et de pièces du dossier judiciaire

significatives.... Les documents transmis seront spécifiés dans la convention. Ceci ne porte pas préjudice aux compétences des autorités judiciaires qui peuvent estimer qu'un document précis ne peut être communiqué ou peuvent autoriser sa consultation. La personne concernée a le droit de refuser la communication d'une information ou d'un document;

- collaborent avec les équipes psychosociales spécialisées des établissements pénitentiaires et de Défense sociale;
- prennent en charge les enquêtes et les guidances sociales, imposées par l'autorité compétente (voir art. 1, 2° de l'accord de coopération);
- motivent et soutiennent l'intéressé lors de sa réinsertion dans la société. Ils collaborent avec les centres dépendant des Communautés afin de garantir le droit à l'assistance sociale du concerné;
- veillent au respect des conditions imposées et collaborent, le cas échéant, avec le Parquet et la police;
- veillent à la coordination et à l'intégration de toutes les interventions dans la gestion des cas individuels. En ce sens, les assistants de justice occupent une position-clé en se situant entre les autorités judiciaires, les centres externes et la personne concernés;
- rédigent régulièrement un rapport sur le déroulement de la guidance à l'intention de l'autorité compétente (voir art. 1, 2° de l'accord de coopération), afin que celle-ci puisse individualiser sa décision;
- communiquent des informations à l'équipe de santé spécialisée notamment sur le passé judiciaire de la personne concernée. L'équipe de santé spécialisée lui transmet régulièrement un rapport - tel que défini à l'article 9 du présent accord - sur le déroulement de la guidance ou du traitement;
- expliquent à la personne concernée la portée de la loi et l'aident à comprendre les éléments essentiels de son comportement de délinquant. Ils lui donnent des explications sur la procédure judiciaire en cours et lui offrent la possibilité d'exprimer son avis. Dans ce cadre, l'attention se portera avant tout sur le danger de stigmatisation de la personne concernée et sur sa réinsertion dans la société;
- attirent l'attention de la personne concernée sur les conditions imposées et les conséquences éventuelles d'un non respect de celles-ci. Si une condition imposée s'avère être inutile, trop lourde ou stigmatisante, ils peuvent demander à l'autorité compétente (voir art. 1, 2° de l'accord de coopération) de la suspendre en tout ou en partie ou de l'amender.

Obligation de moyens

L'obligation de moyens cadre les missions et les responsabilités des parties vis-à-vis de la personne prise en charge. Afin que la coopération puisse se dérouler de façon optimale, chaque partie est au courant des droits et des responsabilités de chacun.

Le choix du terme d'obligation de moyens réfère à l'engagement de chacune des parties de tout mettre en oeuvre en vue de promouvoir l'insertion sociale de l'intéressé et de prévenir la répétition d'actes délictueux, dont l'abus sexuel. Ces parties ne peuvent pas garantir le résultat de leur action (contrairement à l'obligation de résultat).

Article 5 et 6

Le Ministre de la Justice vise une politique cohérente et globale à l'égard des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Une collaboration et un réseau de contacts

entre les équipes spécialisées à l'intérieur et à l'extérieur des prisons sont ainsi essentiels. Les centres d'appui peuvent à ce titre jouer un rôle de soutien aussi bien en ce qui concerne la guidance et le traitement des cas individuels (art.5, 1°) qu'en ce qui concerne l'approche globale et la méthodologie scientifique (art. 5, 2° et 4°). Par ailleurs, ils peuvent également offrir une formation spécifique et mettre leur méthodologie à la disposition des équipes spécialisées.

Les centres d'appui accomplissent également des missions d'avis et de traitement, fondement de la recherche scientifique. La compétence et l'expérience acquises leur permettront d'exercer une fonction de consultant à l'égard des centres spécialisés qui en font la demande.

Article 7

La collaboration entre les services compétents du Ministre de la Justice et du Ministre wallon de la santé, déjà effective sur le terrain, sera formalisée et structurée. Il importe de créer un réseau d'équipes de santé spécialisées dans la prise en charge psychologique et sociale d'auteurs d'infractions à caractère sexuel. En cas de problèmes de comportement important, un traitement résidentiel peut s'avérer indiqué.

Le Ministre wallon de la santé s'engage à étudier les modalités de création de sections de soins dans des établissements psychiatriques existants, en vue d'une assistance résidentielle.

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel peuvent être également envoyés vers des centres d'appui en vue d'une guidance extra-pénitentiaire adaptée à leur problématique.

Article 8

Une équipe pluridisciplinaire se compose de professionnels de la psychiatrie, de la psychologie, de la criminologie ou des sciences familiales, sexologiques ou sociales, y travaillant comme membres permanents ou consultants externes.

Article 9

Mission d'avis

Une des missions des équipes psychosociales spécialisées des établissements pénitentiaires et de défense sociale est de formuler un avis dans le cadre de la libération conditionnelle, de la libération provisoire ou à l'essai. Au cas où ces équipes jugeraient un avis complémentaire indispensable, ils peuvent s'adresser aux centres d'appui ou à une équipe de soins spécialisée.

Dans les autres hypothèses (liberté sous conditions, suspension et sursis probatoires, médiation pénale), l'autorité compétente peut éventuellement solliciter l'avis d'un centre d'appui ou d'une équipe de soins spécialisée.

Les missions d'avis et les missions de guidance ou de traitement ne devraient pas être confiées, dans l'idéal, à un même service afin d'éviter des conflits de compétences.

Rédaction d'un rapport

L'équipe de santé spécialisée rédige régulièrement un rapport sur le déroulement de la guidance ou du traitement psychologique et social. Ce rapport se limite aux points énumérés à l'article 9.

Signaler des situations présentant un risque sérieux pour des tiers n'entre pas en contradiction avec le principe du secret professionnel, pour autant que l'on puisse parler d'un état d'urgence où des valeurs (morales) supérieures, telle que la protection de la société, entrent en conflit avec l'obligation absolue de

confidentialité (Cass. 13.5.1987).

La personne en charge du dossier doit évaluer le degré de gravité de cet état d'urgence. Elle doit examiner deux intérêts contradictoires, à savoir son secret professionnel et le danger pour des tiers. Si elle estime qu'il existe une situation présentant un risque sérieux pour des tiers et que la prise en charge n'offre pas d'issue à cette situation, elle en informe l'assistant de justice. Ce dernier évalue la situation et rédige un rapport à l'intention de l'autorité compétente (voir art. 1, 2° de l'accord de coopération). Il incombe à celle-ci de prendre des mesures en vue de la prévention de la récidive.

L'article 7, dernier alinéa, de la loi du 5 mars 1998 relative à la Libération conditionnelle et modifiant la loi du 9 avril 1930 de Défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, modifiée par la loi du 1er juillet 1964, prévoit un droit d'information en cas d'interruption de la guidance ou du traitement, ou de difficultés dans son exécution.

Le justiciable a pris connaissance des accords concernant ce partage d'informations lors de la signature commune de la convention.

Enregistrement et Etudes scientifiques

En vue de l'exécution d'études scientifiques et de l'évaluation de la politique préventive, il est souhaitable que les équipes spécialisées à l'intérieur et à l'extérieur des établissements pénitentiaires collaborent à un modèle d'enregistrement des données relatives à la guidance et au traitement psychologique et social des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

A cette fin, un réseau d'équipes spécialisées se concertera et établira, en collaboration avec les centres d'appui, un modèle d'enregistrement et une méthode générale d'évaluation axée spécifiquement sur les auteurs d'abus sexuels. Les modalités pratiques et éthiques seront élaborées en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée et approuvées par la Commission d'accompagnement décrite à l'article 12 de l'accord de coopération.

Article 10

Les autorités judiciaires compétentes ne peuvent imposer à une équipe de soins spécialisée de la Région une guidance ou un traitement psychologique et social d'un auteur d'infractions à caractère sexuel. En cas de refus, elles chercheront une autre solution. L'exigence de continuité d'un tel suivi requiert une concertation entre intervenants concernés.

Article 12

L'évaluation annuelle de cet accord de coopération doit permettre d'adapter les efforts entrepris dans la perspective d'une approche cohérente et coordonnée de la problématique des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

A cette fin, le comité d'accompagnement peut organiser un audit externe en vue d'une évaluation concrète du déroulement des prises en charge dans la pratique.

Le Ministre de la Justice,

T. VAN PARYS

Accord de coopération entre l'Etat fédéral et la Région wallonne concernant la guidance

et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel

Vu l'article 128, § 1er, de la Constitution;

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, en particulier

l'article 5, § 1er, I, 1° et 2°, et II, 7°, modifié par la loi du 8 août 1988, et l'article

92bis, § 1er, inséré par la loi du 8 août 1988 et modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993;

Vu le décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, notamment l'article 3, 6°;

Vu la loi du 31 mai 1888 portant sur la libération conditionnelle et la loi du 9 avril 1930, telle que modifiée par la loi du 1er juillet 1964 sur la défense sociale relative aux anormaux et aux délinquants d'habitude, modifiées par la loi du 13 avril 1995, en particulier les articles 6, 7 et 8 concernant l'abus sexuel à l'égard des mineurs; Vu la loi du 5 mars 1998 concernant la libération conditionnelle et modifiant la loi du 9 avril 1930 sur la défense sociale relative aux anormaux et aux délinquants d'habitude, en particulier les articles 3, § 3, 4°, article 4, § 5, alinéa 3, et 7, alinéas 3 à 5 inclus;

Considérant la problématique spécifique des auteurs d'infraction à caractère sexuel et la nécessité qui en découle de ne pas limiter la collaboration aux abus sexuels à l'égard des mineurs;

Considérant que la nécessité de créer un cadre permettant de guider l'évolution personnelle, relationnelle et sociale d'auteurs d'infractions à caractère sexuel et de favoriser leur réinsertion afin d'éviter la répétition de l'abus sexuel, en particulier à l'égard de mineurs, requiert une collaboration structurelle entre l'Etat fédéral et la Région wallonne;

L'Etat fédéral, représenté par le Ministre de la Justice,
et

La Région wallonne, représentée par le Gouvernement wallon en la personne du Ministre-Président et en la personne du Ministre de l'Action sociale, du Logement et de la Santé;

en fonction de leurs compétences respectives, ont conclu ce qui suit :

Article 1er. Pour l'application du présent accord de coopération, on entend par :

1° équipes psychosociales spécialisées : équipes pluridisciplinaires intrapénitentiaires spécialisées dans la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel;

2° autorité compétente : en fonction des différents cadres juridiques repris à l'article 2 et suivant le moment de l'intervention, désigne le Ministre de la Justice, la Commission de défense sociale, la Commission de probation, l'autorité judiciaire et la Commission de libération conditionnelle;

3° centres d'appui : centres qui assurent un appui aux équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la guidance ou le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel et ce, à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu carcéral;

4° équipes de santé spécialisées : équipes pluridisciplinaires externes spécialisées dans la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel;

5° assistant de justice : fonctionnaire du Ministère de la Justice chargé du contrôle et de la guidance sociale extra-pénitentiaire. Anciennement dénommé assistant social externe, assistant de probation ou assistant de médiation;

6° convention : accord écrit conclu entre l'assistant de justice, l'auteur d'infractions à caractère sexuel et le représentant de l'équipe de santé spécialisée chargée de la guidance ou du traitement. Il porte sur les moyens à mettre en oeuvre sans obligation de résultats;

7° équipes spécialisées : équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la

problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel visées aux 1° et 4°;
8° comité d'accompagnement : comité chargé d'évaluer l'exécution et les termes du présent accord de coopération;

9° Ministre wallon de la Santé : Ministre du Gouvernement wallon ayant la Santé dans ses attributions.

Art. 2. La coopération porte sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, dénommés ci-après la personne concernée, visés aux articles 372 à 386ter inclus du Code pénal et relevant des dispositions légales contenues dans :

1° la loi du 31 mai 1888 établissant la libération conditionnelle;

2° la loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et délinquants d'habitude modifiée par la loi du 1er juillet 1964;

3° la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis et la probation;

4° la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive;

5° l'article 216ter du Code de procédure pénale concernant la médiation pénale;

6° la loi du 5 mars 1998 sur la libération conditionnelle modifiant la loi du 9 avril 1930 sur la défense sociale à l'égard des anormaux et délinquants d'habitude, modifiée par la loi du 1er juillet 1964;

7° les circulaires ministérielles réglant la libération provisoire.

Art. 3. Le Ministre de la Justice installe dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires et établissements ou sections de défense sociale des équipes psychosociales spécialisées.

Le Ministre wallon de la Santé fait de même dans au moins un établissement hospitalier et maison de soins psychiatriques placés sous son autorité.

Ces équipes psychosociales spécialisées sont investies des missions suivantes :

1° l'accomplissement d'exams de personnalité pluridisciplinaires ;

2° la mise en oeuvre d'un programme intrapénitentiaire de guidance préthérapeutique en préparation à la guidance ou au traitement post-pénitentiaire ;

3° la formulation d'avis dans le cadre de la libération conditionnelle de condamnés et de la libération à l'essai d'internés à l'intention des autorités compétentes;

4° la collaboration et la concertation avec les centres d'appui et les équipes de santé spécialisées;

5° la collaboration à la mise en place d'un modèle d'enregistrement de données tel que visé à l'article 9, 5°;

La liste de ces équipes psychosociales spécialisées est annexée au présent accord de coopération. Le Ministre de la Justice et le Ministre wallon de la Santé se communiqueront réciproquement toute modification éventuelle de cette liste, dans les meilleurs délais.

Art. 4. Les assistants de justice sont investis des missions suivantes :

1° communiquer aux équipes de santé spécialisées toutes les informations nécessaires à la réalisation d'une guidance ou d'un traitement adaptés à la problématique de l'auteur d'infraction à caractère sexuel;

2° se concerter au préalable avec les équipes de santé spécialisées concernant la possibilité d'une guidance ou d'un traitement extra-pénitentiaire dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une libération à l'essai;

3° veiller à l'inscription préalable des engagements en matière de guidance ou de traitement extra-pénitentiaire dans une convention, conformément au modèle annexé, cosignée par la personne concernée, le représentant de l'équipe de santé spécialisée et l'assistant de justice;

4° guider et motiver la personne concernée pour quelle respecte les conditions imposées et veiller au respect de celles-ci;

5° coordonner la concertation régulière entre les différents intervenants ayant en charge la guidance psychologique et sociale ou le traitement de la personne concernée;

6° rédiger un rapport quant à la personne concernée destiné à l'autorité compétente dans le mois qui suit la libération ou l'entrée en vigueur des conditions imposées. Et, ensuite chaque fois qu'ils l'estiment utile ou que l'autorité compétente les y invite, et au moins une fois tous les six mois. Le cas échéant, ils proposent les mesures qu'ils jugent nécessaires;

7° en cas d'extrême urgence, faire directement rapport au Procureur du Roi et en informer l'autorité compétente;

8° collaborer à la mise en place d'un modèle d'enregistrement tel que visé à l'article 9, 5°.

Art. 5. Le Ministre de la Justice s'engage à subventionner des centres d'appui investis des missions suivantes :

1° remplir une fonction de consultant à la demande des équipes spécialisées et des assistants de justice;

2° mettre des informations scientifiques à la disposition du personnel des équipes spécialisées et des assistants de justice;

3° mettre à la disposition du personnel des équipes spécialisées et des assistants de justice, un soutien logistique pour le diagnostic et le traitement;

4° réaliser des recherches scientifiques notamment à partir des données fournies par les équipes spécialisées et des assistants de justice, tel que cité à l'article 9, 5°;

5° contribuer à l'organisation de formations spécifiques à l'intention des équipes spécialisées et des assistants de justice, en concertation avec ceux-ci ;

6° collaborer à des actions d'information à la demande du Ministre de la Justice et à celle des Ministres signataires du présent accord de coopération, transmise par le Ministre de la Justice;

7° participer à des réunions de concertation entre centres d'appui, au moins une fois par an, afin de coordonner leur action et partager informations et expérience;

8° recueillir et mettre à disposition toutes les données disponibles relatives à l'évaluation de l'importance de la problématique;

9° réunir les rapports annuels d'activité des équipes de santé spécialisées et rédiger un rapport annuel d'activité qui doit être remis aux Ministres signataires du présent accord au plus tard le 31 mars qui suit l'année concernée.

La liste des centres d'appui est annexée au présent accord de coopération. Le Ministre de la Justice communiquera toute modification éventuelle de la liste, dans les meilleurs délais, aux départements compétents de la Région wallonne.

Art. 6. Outre ces missions, les centres d'appui peuvent également accomplir les missions mentionnées à l'article 9, 1°, 2° et 3°.

Dans ce cas, les articles 10 et 11 sont également d'application.

Art. 7. Le Ministre wallon de la Santé reconnaît un réseau d'équipes de santé spécialisées.

La liste des équipes de santé spécialisées est annexée au présent accord de coopération.

Toute modification éventuelle de cette liste sera communiquée, dans les meilleurs délais, au Ministre de la Justice par le Ministre wallon de la Santé.

Art. 8. Les équipes de santé spécialisées répondent au moins aux critères suivants :

- 1° posséder la personnalité juridique ou relever d'un centre possédant la responsabilité juridique;
- 2° disposer d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la guidance ou le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel;
- 3° être capable de mettre en oeuvre, sur la base d'un diagnostic précis, des méthodes de traitement, s'appuyant tant sur une expérience clinique que sur des bases scientifiques reconnues au niveau national et international, appropriées aux auteurs d'infractions à caractère sexuel et à leur guidance;
- 4° participer à la formation permanente en matière de guidance ou de traitement psychologique et social des auteurs d'infractions à caractère sexuel, subventionnée ou reconnue par les autorités compétentes et dispensée en Belgique ou à l'étranger;
- 5° être disposées à remplir les missions citées à l'article 9 du présent accord de coopération.

Art. 9. Les équipes de santé spécialisées sont investies des missions suivantes :

- 1° lorsque sollicitées, formuler des avis sur le diagnostic et les possibilités de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel visés à l'article 2, 1° à 7°, tout en respectant les compétences des équipes psychosociales des établissements pénitentiaires et de défense sociale;
- 2° prendre en charge la guidance ou le traitement extra-pénitentiaire appropriés des auteurs d'abus sexuels conformément aux termes de la convention signée au préalable. Le nom de l'équipe de santé spécialisée est mentionné dans la décision de l'autorité compétente qui fixe également les conditions;
- 3° adresser un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement à l'autorité compétente et à l'assistant de justice chargé de la tutelle sociale. Le premier rapport sera transmis dans le mois qui suit la libération ou l'entrée en vigueur des conditions et ensuite chaque fois que ce service l'estime utile, ou sur l'invitation de l'autorité compétente, et au moins une fois tous les six mois.

Ce rapport aborde les points suivants :

- 1° les dates et heures des rendez-vous fixés;
- 2° les absences non justifiées ;
- 3° la cessation unilatérale du traitement par la personne concernée;
- 4° les situations comportant un risque sérieux pour les tiers.

Ce rapport est tenu à la disposition de la personne concernée. En cas d'extrême urgence et d'impossibilité de joindre l'assistant de justice, rapport peut être directement fait au Procureur du Roi;

- 4° communiquer au centre d'appui, au plus tard le 15 février qui suit l'année concernée, un rapport annuel d'activité reprenant des données quantitatives et qualitatives en matière de guidance et de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel à l'intention du Ministre wallon de la Santé. Celui-ci transmet ce rapport au Ministre de la Justice au plus tard pour le 31 mars ;
- 5° collaborer à un modèle d'enregistrement de données en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992. Ces données sont enregistrées en vue de la recherche scientifique et de l'évaluation de la politique menée en matière de guidance et de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les modalités pratiques et éthiques d'enregistrement sont mises au point en étroite collaboration avec les équipes spécialisées, les centres d'appui, les Directions générales des Etablissements pénitentiaires et de l'Organisation

judiciaire, le Service de la Politique criminelle du Ministère de la Justice ainsi que le comité d'accompagnement.

Art. 10. Une équipe de santé spécialisée a le droit d'opposer son refus à une demande d'avis ou à une mission de guidance ou de traitement auprès de l'autorité compétente. Dans ce dernier cas, une concertation entre le représentant de l'équipe de santé spécialisée, l'assistant de justice et la personne concernée est souhaitable. Cette concertation est indispensable lorsqu'une de ces trois parties souhaite interrompre la guidance ou le traitement et l'autorité compétente doit en être informée. Dans l'attente de mesures appropriées, la convention initiale reste d'application, avec modifications adaptées à la situation, pour une durée maximum d'un mois.

Art. 11. L'équipe de santé spécialisée peut, pour une raison motivée et avec l'accord de l'autorité compétente, confier, en tout ou en partie, la guidance ou le traitement à un autre service de santé mentale, à un centre d'appui ou à un thérapeute individuel qui puisse apporter la preuve de la spécialisation indispensable. L'accord de prise en charge sera confirmé par écrit auprès de l'autorité compétente qui notifiera également, dans les meilleurs délais, la nouvelle attribution de prise en charge.

Art. 12. Un comité d'accompagnement soumettra l'application du présent protocole de coopération à une évaluation annuelle. Il sera composé de 8 membres dont 4 désignés par le Ministre de la Justice et 4 par le Ministre wallon de la Santé. Pour chacun des membres, un ou deux suppléants seront également désignés. Ce comité rédigera un rapport à l'intention du Ministre de la Justice et du Ministre wallon de la Santé, dans un délai de trois mois maximum après réception des rapports visés à l'article 5, 8°, et à l'article 9, 4°.

Au moins une fois l'an, une réunion des différents comités d'accompagnement institués dans le cadre des accords de coopération entre l'Etat fédéral et les différentes Communautés/ Régions concernant la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, sera organisée au niveau national pour partager expériences et informations, coordonner leur action et formuler des recommandations à l'intention des Ministres cosignataires.

Art. 13. En cas de divergences de vue sur l'application du présent accord de coopération, les litiges seront soumis à une commission de conciliation composée des fonctionnaires dirigeants des Directions générales des Etablissements pénitentiaires et de l'Organisation judiciaire et de la Direction générale de l'Action sociale et de la Santé ou de leurs représentants.

Art. 14. Le présent accord de coopération est conclu pour une période d'essai de trois ans. Il sera prolongé annuellement sauf résiliation trois mois avant la fin de la période envisagée sur base de l'évaluation du comité d'accompagnement.

Art. 15. Le présent accord de coopération entre en vigueur 10 jours après la publication au Moniteur belge de la loi et du décret approuvant cet accord de coopération.

Fait à Bruxelles en deux exemplaires originaux dont un pour l'Etat fédéral et un pour la Région wallonne, le 8 octobre 1998.

Pour l'Etat fédéral :

Le Ministre de la Justice,

T. VAN PARYS

Pour la Région wallonne :

Le Ministre-Président du Gouvernement wallon,
chargé de l'Economie, du Commerce extérieur, des P.M.E., du Tourisme et du
Patrimoine,

R. COLLIGNON

Le Ministre de l'Action sociale, du Logement et de la Santé,
W. TAMINIAUX