



## **MASTER 2**

Droit de l'Exécution des Peines et Droits de l'Homme

Institut de Droit et Économie d'Agen

Promotion Myriam Ezratty (2018-2019)

**LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES AUTEURS D'INFRACTIONS**  
**À CARACTÈRE SEXUEL :**  
**QUELLE CONTINUITÉ DES SOINS DEDANS-DEHORS ?**

Mémoire présenté par **Célia PRIGENT**

Sous la direction de Monsieur **Pascal FAUCHER**

Conseiller à la cour d'appel de Bordeaux

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, dans sa totalité ou en partie. Toutes parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, y compris des tableaux graphiques, cartes etc. qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels (citations entre guillemets, références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques etc) »

# REMERCIEMENTS

---

Je tiens en premier lieu à remercier mon directeur de mémoire M. Faucher pour ses conseils et son encadrement.

Je remercie ensuite mon directeur de stage le Dr. Florent Cochez ainsi que les Drs. Jean-Philippe Cano et Romain Pagès, Mmes Anastasia Huard et Paula De Vasconcelos, M. Eric Antona et tout le reste de l'équipe de l'unité ERIOS pour avoir pris le temps de m'accueillir, de répondre à mes questionnements et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Il me faut aussi remercier mon deuxième directeur de stage le Dr. Nicolas Thoumy ainsi que le Dr. Maud Arrivé et l'ensemble du service du SMPR de Bordeaux-Gradignan pour leur patience et leur aide précieuse.

Je souhaite de même exprimer ma gratitude envers Mme Sabine Chéné, psychologue-criminologue au centre médico-psychologique d'Agen pour avoir pris le temps de me recevoir et de me faire découvrir l'unité médico-psycho-judiciaire d'Agen.

Je remercie de même M. François Février pour son aide lors de ma recherche de stage.

Enfin, j'adresse mes remerciements à ma famille, mes amis et mes colocataires pour m'avoir épaulée et soutenue tout au long de la rédaction de ce mémoire.

# SOMMAIRE

---

INTRODUCTION.....	1
<u>PREMIÈRE PARTIE</u> : La prise en charge psychiatrique nationale de l’auteur d’infraction à caractère sexuel à l’épreuve du maillage santé-justice-social.....	12
<b>CHAPITRE 1</b> : La collaboration tumultueuse entre les acteurs des mondes judiciaire, sanitaire et social.....	12
SECTION 1 : La prévention d’une rupture du parcours de soins, fruit d’une coopération pluridisciplinaire .....	12
SECTION 2 : Le positionnement du soignant et la délimitation de son action au sein de la justice .....	20
<b>CHAPITRE 2</b> : L’inexistence d’une prise en charge médicale uniformisée sur l’ensemble du territoire français .....	26
SECTION 1 : Les disparités causées par le pluralisme de dispositifs de santé pénitentiaires .....	26
SECTION 2 : Le développement inégal des initiatives locales en réponse à une pénurie structurelle .....	33
<u>DEUXIÈME PARTIE</u> : La pratique du professionnel de santé comme déterminant de la viabilité du parcours de soin de l’AICS.....	38
<b>CHAPITRE 1</b> : Le soignant à l’épreuve des représentations sociales.....	38
SECTION 1 : La continuité thérapeutique tributaire d’une recherche identitaire des soignants .....	39
SECTION 2 : L’exercice de professions médicales auprès d’AICS, source d’isolement .....	43
<b>CHAPITRE 2</b> : L’utilisation d’outils adaptés aux spécificités des AICS par les soignants.....	46
SECTION 1 : Le soin de l’auteur d’infraction à caractère sexuel par l’approche communautaire .....	46
SECTION 2 : L’approche motivationnelle aux soins au long de la chaîne pénale .....	52

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

AICS : Auteur d'infraction à caractère sexuel  
AVS : Auteur de violence sexuelle  
SPO : Soins pénalement ordonnés  
ARS : Agence régionale de santé  
DSP : Dispositif de soins psychiatriques  
SSJ : Suivi socio-judiciaire  
OS : Obligation de soin  
IS : Injonction de soin  
AP : Administration pénitentiaire  
DAP : Direction de l'administration pénitentiaire  
SMPR : Service médico-psychologique régional  
CPU : Commission pluridisciplinaire unique  
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation  
CPIP : Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation  
JAP : Juge d'application des peines  
QICPAAS : Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle  
CMP : Centre médico-psychologique  
CMPJ : Centre médico-psychologique judiciaire  
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale  
USMP : Unité de soins en milieu pénitentiaire  
UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires  
UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée  
PPSMJ : Personne placée sous main de justice  
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
CSP : Code de la santé publique  
CPP : Code de procédure pénale  
UMD : Unité pour malades difficiles  
PEP : Parcours d'exécution de la peine  
JAP : Juge de l'application des peines  
EP : Établissement pénitentiaire  
CSR : Cercles de soutien et de responsabilité

## INTRODUCTION

---

« *Écouter les Hommes et s'entretenir souvent avec soi : voilà les moyens de se former au dialogue* » pour Denis Diderot. Le dialogue. Un acte d'apparence si primaire et pourtant si primordial. C'est finalement cette notion qui innovera toute l'importance du mémoire exposé ci-après.

En France (métropolitaine dans le propos), lorsque l'on évoque la prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), ou auteurs de violences sexuelles (AVS) dans le jargon médical, encore faut-il connaître la population dont on parle. Si dans les croyances populaires le « délinquant sexuel » désigne surtout et exclusivement le violeur ou le pédophile, en réalité ces auteurs forment un groupe qui n'a de commun que la catégorisation judiciaire de délit ou de crime. L'hétérogénéité des profils – cliniquement, il existe à peu près autant de formes de pathologies qu'il existe d'individus, le panel de fonctionnements psychiques distincts est infini –, des actes, des parcours, des personnalités, des situations, dont certaines ont vocation à disparaître ou à naître au fil de l'évolution des mœurs dans un endroit donné, est immensément disparate. Les experts médicaux constatent un « *polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles ces conduites peuvent apparaître* »<sup>1</sup>. C'est pourquoi les notions de « violences sexuelles » ou de « caractère sexuel » ont une définition clinique beaucoup plus large que celle juridique qui se contente de distinguer viol et agressions sexuelles. De plus, ces vocables et leur corollaire de « liberté sexuelle » sont relatifs et contingents dans le temps et l'espace. On pensera aux difficultés de définition des contours de l'inceste ayant fait l'objet de plusieurs modifications du code pénal en 2010 et en 2016. Plus récemment, la loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes a par exemple créé la nouvelle infraction d'outrage sexiste consistant à « *imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui, soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit crée à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante* »<sup>2</sup>. De plus, indépendamment de toute tergiversation morale, de nouvelles incriminations se créent en réaction aux nouveaux comportements induits par la révolution numérique des années 2000 et le développement des nouvelles

---

1 Conférence de consensus sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle par la fédération française de psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001, Paris

2 Article 621-1 du code pénal

technologies de l'information et de la communication<sup>3</sup>. On citera à titre d'exemple les infractions sexuelles sans contact avec en tête de liste la cyber-pédopornographie.

Les expressions « infraction à caractère sexuel » ou « violence sexuelle » n'apparaissant pas en tant que telles dans le code pénal, leur définition légale est en fait opérée au travers des textes d'incrimination<sup>4</sup> et des propositions de la doctrine. Jean-Claude PLANQUE les définit comme « *toutes les infractions qui portent atteinte à la liberté sexuelle en imposant ou en incitant à un comportement de nature sexuelle, ainsi que les infractions qui répriment des comportements sexuels ou des messages outrageants* »<sup>5</sup>. Pour André CIAVALDINI, psychanalyste, « *l'acte de violence sexuelle est une forme dévoyée d'adaptation qui vise au rétablissement d'un équilibre psychique interne mis en péril par l'émergence d'une tension non négociable psychiquement. La victime est la part externalisée à qui l'auteur adresse sa "prière de traiter" ce qu'il ne peut lui-même faire* »<sup>6</sup>. Mais contrairement à la première expression et sa connotation assurément juridique, la seconde est plus large et permet d'affirmer que pour leurs auteurs, « *cette catégorie de population n'est réductible ni au seul champ psychiatrique, ni au seul champ criminologique, ni au seul champ social* »<sup>7</sup>. Cependant, beaucoup lui attribuent tout de même une orientation majoritairement clinique.

La paraphilie, caractéristique fréquente retrouvée chez les AICS et désignée comme une « déviance sexuelle » dans le langage courant, est caractérisée par une « anormalité » des moyens utilisés (gérontophilie, nécrophilie...) ou de l'objet choisi (voyeurisme, exhibitionnisme...) lors de la relation sexuelle. Sa présence chez un individu n'est pas synonyme sans équivoque d'un comportement juridiquement incriminé. Il ne faut pas confondre une définition clinique avec une catégorie pénale. Dans la pensée commune, la catégorisation induit une homogénéisation des membres qui composent ladite catégorie, or on voit ici que c'est loin d'être une réalité. Par exemple, l'homosexualité est dépénalisée en 1982 mais reste considérée comme une pathologie psychiatrique jusqu'en 1992. Le fétichisme, le travestisme ou encore le masochisme sont encore aujourd'hui désignées

---

3 ADAM Christophe, *Qui sont les auteurs de violences sexuelles ? Identifie-t-on de nouvelles catégories d'auteurs, contextes et milieux de vie ?* Paris : Audition publique, 14-15 juin 2017, p.7 : à ce sujet, Christophe Adam nuance le rôle de ces nouvelles technologies : est-ce un « support ou une médiation permettant l'expression des comportements ou symptômes nouveaux ? »

4 Articles 222-22 et suivants du code pénal et articles 706-47 et suivants du code de procédure pénale

5 PLANQUE Jean-Claude, *Infractions incestueuses : Objets Pénaux Non Identifiés et conséquences identifiables*, *Gazette du Palais*, 2012, n°110, p. 13

6 CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.13

7 Conférence de consensus sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle par la fédération française de psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001, Paris

comme des paraphilies mais ne sont pas incriminées. En revanche, celles d'exhibitionnisme ou de pédophilie le sont actuellement, même si ça n'a pas toujours été le cas. La pédophilie incestueuse et le viol intra-familial particulièrement<sup>8</sup>, ont longtemps été considérés comme une affaire de famille, institution sacralisée et donc intouchable. C'est d'ailleurs au sein de cette sphère familiale que l'on retrouve le plus d'auteurs femmes. L'on estime la part masculine dans la population générale d'AICS à 98 % et donc à 2 % celle féminine<sup>9</sup>. Ces chiffres sont à relativiser dans la mesure où la réponse pénale concernant les femmes est souvent plus faible et les actes peu dénoncés. En présence d'une recherche très pauvre tant sur le volume de violences sexuelles commises par des femmes que sur l'élaboration d'un profil pénal type, on se concentrera exclusivement sur les AICS masculins.

À l'heure actuelle, la notion même de soin peut s'avérer ambiguë. Face à la croissance exponentielle de nouvelles techniques tournant autour de la réparation du corps et du psychisme, les limites de ce que l'on désigne comme soin, au moins pour les autorités judiciaires, semblent s'affadir. Ainsi, le yoga, la sophrologie, l'astrothérapie... sont reconnues comme étant bénéfiques pour le corps et/ou l'esprit dans la vie quotidienne mais ne s'apparentent tout au plus qu'à un adjuvant à la thérapie – qui ne constitue pas à elle seule le « soin » – dans le cadre des soins pénalement ordonnés (SPO). Par ailleurs, on se concentrera ici uniquement sur les soins psychiatriques par opposition à ceux somatiques.

Ce sont justement ces SPO qui constitueront la base de la réflexion. On en dénombre aujourd'hui trois sortes. L'injonction thérapeutique est introduite par une loi du 31 décembre 1970 qui vise essentiellement les usagers de stupéfiants et alcooliques. Elle n'est cependant quasiment plus appliquée et n'est pas destinée aux auteurs de délinquance sexuelle, c'est pourquoi elle n'apparaîtra pas dans le propos.

En revanche, l'obligation de soins de l'article 132-45 du code pénal instaurée en 1958, en même temps que le juge d'application des peines, le sursis avec mise à l'épreuve et l'ancien comité de probation et d'assistance aux délinquants jusqu'à 1999 est encore aujourd'hui le SPO majoritairement prononcé sur l'ensemble des probationnaires. Si cette mesure ne résonne pas comme une évidence au moment de sa création et n'est pas spécifique, encore aujourd'hui, aux AICS, elle a progressivement été étendue à d'autres régimes. Cela commence en 1970 avec le contrôle judiciaire puis en 1972 pour la libération conditionnelle et les autres mesures sous écrou comme la semi-liberté, le placement à

---

8 Jusqu'à la loi n° 80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs

9 ALVAREZ Josefina, GOURMELON Nathalie, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. État des lieux et analyse de nouvelles pratiques*, CIRAP ENAP, novembre 2006, p. 17



l'extérieur, le placement sous surveillance électronique, et le fractionnement et suspension de peine.

Enfin la dernière création date de la loi du 17 juin 1998 qui instaure la peine de suivi socio-judiciaire (SSJ)<sup>10</sup> à l'article 131-36-1 et suivants du code pénal initialement à destination des AICS. Celle-ci consiste pour le condamné à respecter les mesures de surveillance et d'assistance prévues aux articles 132-44 et 132-45 du CP. Comme les aménagements de peine, il est mis en place sous contrôle du juge de l'application des peines (JAP) et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Majoritairement prononcée comme peine complémentaire à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle pour les délits et crimes expressément prévus par le code pénal, elle peut aussi l'être à titre de peine principale en matière correctionnelle<sup>11</sup>. Dès sa création, cette mesure est accompagnée d'une injonction de soins (IS)<sup>12</sup> qui lui est exclusivement circonscrite, même si son prononcé est facultatif, dépendant du consentement du condamné et lié au résultat d'une expertise obligatoire<sup>13</sup>. Conçue pour remédier aux défauts de l'obligation de soin – notamment un manque de contrôle et de définition des relations entre les acteurs judiciaires et sanitaires – sa grande nouveauté est la création d'un médecin dit coordonnateur. L'IS devient par la suite automatique, de plein droit, sauf décision contraire de la juridiction de jugement ou du JAP, en cas de SSJ, liberté conditionnelle et de surveillance judiciaire, suite à la promulgation de la loi du 10 août 2007<sup>14</sup>. Jusqu'à la loi du 10 mars 2010<sup>15</sup>, cette injonction trouvait aussi à remplacer l'OS dans le cadre d'un emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve pour une infraction pour laquelle le SSJ est encouru, sauf décision contraire. Depuis la loi du 15 août 2014<sup>16</sup>, elle peut aussi être prononcée avec une contrainte pénale. Par cette création originale impulsée par des réflexions de soignants, le Législateur envisage l'existence d'une dialectique entre la peine et le soin, des pratiques qu'il sait distinctes mais estime compatibles<sup>17</sup>.

Lorsque l'on évoque la continuité des soins, il s'agit de s'intéresser au relai effectué entre les équipes médicales du milieu carcéral et celles du milieu libre pour étudier

---

10 Article 131-36 du code pénal

11 Article 131-36-7 du code pénal

12 Cf. annexe n°1

13 Article 706-47-1 du code de procédure pénale

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

15 Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

16 Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

17 LAMEYRE Xavier, *Pour une éthique des soins pénalement obligés*, revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé, n° 3, juillet-septembre 2001, p. 523

comment s'articule cette passation de pouvoir thérapeutique. Dans ce cadre, il s'agira de viser les AICS judiciarisés, c'est-à-dire des personnes placées sous main de justice (PPSMJ), uniquement à titre de condamnés (par opposition aux prévenus qui peuvent aussi être écroués en maison d'arrêt par mandat de dépôt). On visera ici exclusivement les majeurs, les mineurs faisant l'objet d'une prise en charge différenciée par la protection de la jeunesse judiciaire (PJJ) et dans des établissements pour mineurs.

La continuité dedans-dehors renvoie au concept de « parcours de soin ». Celui-ci s'envisagera ici à partir de l'entrée en détention – à titre de condamnation définitive, une peine privative de liberté ferme ayant été prononcée – et sa règle de l'incitation aux soins puis jusqu'aux aménagements de peine ou peines complémentaires post-carcérales. Cela sous-entend que les peines uniquement restrictives de liberté ou les peines privatives de liberté dont l'exécution s'effectue en totalité sous le régime du sursis ou d'un écrou sans hébergement en établissement pénitentiaire au cours du parcours d'exécution de la peine (PEP) ne seront pas traitées. Sont concernées toutes les PPSMJ ayant eu une présence physique en détention, quelle que soit sa durée. De plus, les soins pratiqués dans le « dedans » seront ici uniquement ceux opérés en détention à titre de soins ambulatoires. Et ce, par opposition aux hospitalisations de longue durée comme ce peut être le cas dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) depuis leur création en 2002<sup>18</sup>, ou dans des Unités pour malades difficiles (UMD) qui n'accueillent en réalité qu'une part dérisoire d'AICS car réputés très calmes.

Par les soins « dehors », à l'extérieur, en milieu libre, on envisagera, quelle que soit l'institution sanitaire concernée, les SPO pratiqués dans le cadre post-sentenciel, hors mesures de sûreté.

La PPSMJ peut être amenée à changer fréquemment de régime, que ce soit dans le processus « normal » de fin de peine vers la liberté ou sous l'effet d'une potentielle révocation d'aménagement de peine ou du SPO ou même encore en cas d'aménagement à durée très limitée comme une permission de sortir. Peu importe le sens, ces transitions impliquent une certaine articulation inter et intra-institutionnelle entre les acteurs intervenant tout au long de la chaîne de soin. Au sein d'un contexte judiciarisé, ce dernier a notamment vocation à s'inscrire dans le PEP.

Considérés par beaucoup, autant dans le monde judiciaire que sanitaire, comme une catégorie spécifique de détenus puis de probationnaires, les AICS se détachent de la prise en charge classique et généralisée du reste de la population pénale. Que ce soit en détention ou aux yeux de l'opinion publique, ce public porte les stigmates éternels de la

18 Par la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

marginalisation. Monstre fou et récidiviste incontrôlable malgré de lourdes peines, le délinquant sexuel fait l'objet d'une vision souvent manichéenne et est la première cible des fervents défenseurs de l'élimination pure et simple de la menace : peine de mort et/ou réclusion criminelle à perpétuité, réelle si possible, sont les choix de prédilection. On le sait, la demande sociétale et le contexte politique, économique et social du moment n'est pas sans influence sur les décisions du Législateur.

Le commencement d'une véritable réflexion autour de l'établissement d'une politique publique concernant la répression des auteurs d'infractions sexuelles et de la question d'y intégrer ou non et de quelle manière un volet curatif, prend forme au milieu des années 80 – un comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral présidé par le garde des sceaux ou le directeur de l'administration pénitentiaire est créé dès 1985 – puis s'affirme plus concrètement dans les années 90. D'immorales, les violences sexuelles dérivent vers la pathologisation. Si la sexualité a toujours été en soi une thématique sensible, c'est parallèlement au cours de cette période que s'échauffent les considérations sociales autour de la violence, de la justice et des rapports entre les genres. On assiste à une montée exponentielle de la médiatisation des faits divers impliquant de la délinquance sexuelle, encore plus particulièrement celle sur les enfants. Le taux de condamnation pour des infractions sexuelles suit cette tendance : en 1990, les auteurs de viols et agressions sexuelles (hors exhibitionnisme) représentaient 9,4 % des condamnés écroués. En 2001, 25 %. Ce n'est que l'année suivante que cette courbe commence à s'inverser jusqu'à atteindre les 12,5 % au 1<sup>er</sup> janvier 2014<sup>19</sup>. Au 1<sup>er</sup> juillet 2018, ils représentent 11 % des condamnés détenus<sup>20</sup>. Dès lors, contrairement à ce que l'histoire démontre et face à la laïcisation de la société, les crimes de sang sont détrônés au profit des crimes sexuels en tant que pire crime, crime total, crime absolu. Cette logique se retrouve nettement et de manière exacerbée au sein de la micro-société qu'est la prison : pour sa propre sécurité, mieux vaut être incarcéré pour meurtre que pour viol.

Pourtant, de fortes prémises législatives étaient percevables quelques années auparavant au travers du décret du 14 mars 1986 fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux (SMPR)<sup>21</sup>, les définissant comme types de secteurs psychiatriques. Ces services sont les descendants des services sociaux et médico-psychologiques voulus par un des 14 principes de la réforme Amor en 1945 et la création

19 Séries statistiques des personnes placées sous main de justice, 1980-2014, Sous-direction des personnes placées sou main de justice, bureau des études de la prospective, DAP / PMJ / PMJ5, mai 2014 et annexe n°2

20 Cf. annexe n°3

21 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

en 1967 des centres médico-psychologique régionaux (CMPR). S'ajoute la circulaire du 5 décembre 1988<sup>22</sup> depuis abrogée, organisant la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Ce sont les premières occasions d'évoquer une certaine continuité des soins entre le SMPR et les équipes médicales en milieu libre. L'ouverture de 21 établissements issus du « programme 13 000 » dont la gestion de la santé est confiée pour 10 ans à des entreprises privées et le rapport Claude Balier de 1996 entamé en 1993 influenceront grandement la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale<sup>23</sup>. En appliquant à la matière somatique en détention ce que le décret de 1986 avait prévu pour le psychiatrique, cette loi apparaît comme révolutionnaire en termes de santé carcérale. Elle ne modifie pas le système instauré en 1986 mais le renforce et surtout, l'intègre dans le dispositif de soins général. Le service public hospitalier a désormais obligation de garantir à « toute personne qui recourt à leurs services 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité »<sup>24</sup>.

S'affiche alors une volonté d'introduire le droit commun de la santé en détention en considérant que « la population carcérale n'est plus un objet d'intérêt en sa seule qualité de « détenue », prisme jusqu'alors obligatoire dans lequel la pénitentiaire avait seule compétence pour se prononcer ; mais comme « personne malade »<sup>25</sup> ». On évolue vers une logique de prise en charge d'un détenu malade à celle d'un malade détenu, sémantiquement, de détenu à patient. La finalité de la peine n'est plus d'infliger une souffrance au corps, un châtement corporel, mais au contraire de lui offrir une qualité de soin équivalente à celle de toute personne libre. Cet esprit sera confirmé par l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009<sup>26</sup> puis la loi du 26 janvier 2016 instaurant l'obligation pour l'ensemble des établissements de santé de « dispenser des soins 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier »<sup>27</sup>. Le soin passe désormais sous la tutelle du ministère de la Santé, lui qui avait toujours été sous celle de la Justice, ce qui contribue à affranchir le statut des soignants exerçant en milieu carcéral de toute notion d'exécution de la peine et leur confère dans le même temps une légitimité et une valeur symbolique fortes.

---

22 Circulaire Santé/Justice n° 1164 du 5 décembre 1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

23 Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

24 Article L6112-2 du code de la santé publique

25 DELARUE Jean-Marie, *En prison : l'ordre pénitentiaire des choses*, Dalloz, 2018, p.476

26 Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

27 Article L6111-1-2 du code de la santé publique

La loi du 17 juin 1998<sup>28</sup>, quant à elle, est la pierre angulaire de ce concept nouveau de conjugaison entre la sphère pénale et celle médicale. Droit et psychiatrie ont toujours été historiquement étroitement entremêlés : le fou, l'aliéné et le délinquant ont fréquemment relevé de la même catégorie et enfermés sans distinction dans de mêmes lieux. Cela a même été officialisé par le pouvoir royal avec la création des maisons de force et l'hôpital général en 1656 aux fins d'enfermer tous les indésirables de la société sans différenciation, et surtout sans aucun regard sur la présence d'une quelconque instabilité mentale. L'article 64 du code pénal de 1910 puis l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal de 1994 introduisant respectivement les concepts de démence et d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ont grandement contribué à déconstruire cet amalgame entre les populations, à la reconnaissance de l'existence d'un besoin sanitaire et donc aussi de faire potentiellement de la prison un lieu de soins.

Les nouvelles mesures législatives instaurées sont la matérialisation concrète de l'esprit de la loi du 18 janvier 1994 au travers de l'administration du soin et de l'expertise. L'objectif était de mettre un place un système qui puisse prévenir la récidive – entendu ici au sens de répétition et non au sens juridique – des AICS tout en ne remettant pas en cause leur responsabilité pénale via les pathologies mentales dont ils pouvaient être atteints. Pour le Législateur, la récidive des AICS relève ainsi du domaine psychiatrique et donc d'une problématique de santé publique. Alors, quoi de mieux qu'une mesure qui remplisse à la fois l'objectif répressif exigé par la société et celui de prévenir la récidive par la réduction, voire l'élimination, du risque ? L'esprit de ce texte sera par la suite confirmé par les lois du 12 décembre 2005<sup>29</sup>, du 10 août 2007<sup>30</sup> ou encore du 25 février 2008<sup>31</sup>. De manière chronique et pourtant erronée, la psychopathologie ou les troubles de la sexualité chez ces individus est largement surestimée tant quantitativement que qualitativement : *« ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de " solution défensive " par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance »*<sup>32</sup>. Et ceci donc au détriment de troubles de la personnalité ou du comportement, de désadaptation sociale,

---

28 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

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

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

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

32 Conférence de consensus sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle par la fédération française de psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001, Paris

de mauvaise assimilation des règles du vivre-ensemble ou des valeurs éducatives nécessaires à la vie en société<sup>33</sup> qui sont pourtant le trait commun à la quasi-totalité des AICS. Associés à des comorbidités (paraphilie, addictions, trouble post-traumatique...), ils sont finalement plus compliqués à « guérir » et à contrôler.

Sans que l'on puisse affirmer avec certitude un lien de causalité entre l'augmentation du taux d'incarcération ainsi que la croissance de la population pénale auteure d'infractions sexuelles et la promulgation du nouveau code pénal du 1<sup>er</sup> mars 1994, celui-ci a limpide affiché sa volonté sécuritaire par le durcissement de la répression. Par exemple, le viol qui était sanctionné d'une peine de 5 à 10 ans de réclusion l'est désormais de 15 ans, sans compter les circonstances aggravantes régulièrement ajoutées. Les concepts de « mœurs » et de « pudeur » disparaissent au profit des termes « d'agression » ou « d'atteinte sexuelle », explicitant la nature sexuelle de la qualification pénale de l'infraction commise. Cet esprit perdure à travers la loi du 9 mars 2004<sup>34</sup> qui crée le Fichier Judiciaire automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles ou Violentes (FIJAIS) et qui portait la prescription de l'action publique en matière d'infractions sexuelles sur mineurs à 20 ans. Puis très récemment il continue à travers la loi du 3 août 2018 qui allonge encore ce délai à 30 ans,<sup>35</sup> poussant parfois à considérer ce type d'infractions comme imprescriptibles.

Mais ce qui a nécessairement contribué à l'intensification de la répression des AICS est la montée en puissance de la victimologie, or les victimes font exister les auteurs. La place et la parole de la victime commençaient déjà à s'affirmer il y a une vingtaine d'années, celles-ci étant soutenues majoritairement par nombres d'associations notamment féministes fleurissantes à cette période. En parallèle, l'enfant est plus que jamais au cœur des politiques de protection et l'effervescence autour de l'égalité hommes-femmes ne désenfle pas. On pense ici aux récents mouvements « *me too* » aux États-Unis suite à l'affaire Harvey Weinstein et le « *#balancetonporc* » en France. L'augmentation du nombre réel d'infractions sexuelles commises est bien moins à l'origine de l'augmentation du taux d'incarcération des auteurs que de la prise de conscience et en confiance de leurs victimes, réduisant au passage le chiffre noir de ce type de criminalité.

Bien que la prise en considération de ces facteurs soit capitale, l'engouement médiatique est trop souvent confondu et traduit par celui juridique. Pour Jean-Pierre ALLINE,

---

33 ARENA Gabrielle, *Obligations de soins, continuité et discontinuité*, APCOF, Paris, 2012

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

35 Article 7 du code de procédure pénale pour les infractions prévues à l'article 706-47 du même code

« *sexualité et insécurité sont amalgamées dans un nouveau discours psychosécuritaire*<sup>36</sup> ». On a pu alors parler de « maquis des incriminations » et de « foisonnement des exceptions procédurales »<sup>37</sup>. En tout état de cause, depuis le début des années 90 jus-qu'encore aujourd'hui s'enchaînent massivement les lois de circonstances. On comptabilise plus d'une dizaine de lois modifiant le régime des infractions sexuelles depuis 1994. Inextricablement sujettes au populisme pénal et fruit de l'incrimination parfois symbolique de valeurs sociales changeantes, elles sont souvent édictées après la survenance d'une affaire sexuelle sur-médiatisée et dans le seul but démagogique de satisfaire la demande du public. Jean CARBONNIER, pointe à juste titre que « *de l'inflation législative, nous portons tous un peu le péché. A peine apercevons-nous le mal que nous exigeons le remède ; et la loi est, en apparence, le remède instantané. Qu'un scandale éclate, qu'un accident survienne, qu'un inconvénient se découvre : la faute en est aux lacunes de la législation. Il n'y a qu'à faire une loi de plus. Et on la fait. Il faudrait beaucoup de courage à un gouvernement pour refuser cette satisfaction de papier à son opinion publique*<sup>38</sup> ». Et cela sans compter le décalage qu'il peut exister entre l'évolution des mœurs et la promulgation d'une loi.

Mais le fait reste qu'elles ne bénéficient pas du recul nécessaire caractérisé par une réflexion de qualité quant à son sens et à la mise en place de moyens nécessaires à une application effective et efficace, notamment par décret d'application. En ce qui concerne la traduction textuelle de la volonté du Législateur, Patrick MISTRETTA, maître de conférence en droit, dénonce quant à lui une opacité dûe au fait qu'« *aucune section du code pénal, du code de procédure pénale ou du code de la santé publique ne traite globalement des conditions de l'utilisation de l'acte médical dans le domaine pénal* »<sup>39</sup>.

L'intensité de l'arsenal juridique pénal et l'attention qui lui est portée s'explique aussi par le fait que la protection de nombreux intérêts sont en jeu, aussi bien privés que publics : notamment, la liberté sexuelle des victimes via le défaut de consentement et la morale publique.

C'est dans ce contexte actuel, et encore plus à l'occasion des 20 ans de la loi du 17 juin 1998, que la question du soin des AICS et de sa continuité telle qu'exigée par l'article L1110-1 du code de la santé publique se retrouve au cœur des considérations. Au sein d'une logique de psychiatrisation du crime, les conséquences sociétales, juridiques et

36 ALLINE Jean-Pierre et SOULA Mathieu, *Les récidivistes : représentation et traitement de la récidive 19<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> siècle*, Le droit de punir, presses universitaires de Rennes, 2012

37 LAZERGES Christine, *Politique criminelle et droit de la pédophilie*, RSC 2011, p.725.

38 CARBONNIER Jean, *Essai sur les lois*, 2<sup>e</sup> édition, Répertoire du Notariat Défrénois, 1995, p.312

39 MISTRETTA Patrick, *L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal*, revue internationale de droit pénal, 2011/1, vol° 82, p.23

politiques qu'entraîne la récidive ou non des AICS sont déterminantes pour la manière dont la France envisage le traitement de sa criminalité.

Instruments de prédilection des juges de l'application des peines, les SPO trouvent donc tout leur intérêt au vu d'un objectif sécuritaire et de soutien à la réinsertion dans une société elle-même à l'origine de la condamnation. « *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 constitue, somme toute, une même prise en charge* »<sup>40</sup>. Assurer en premier lieu leur existence et ensuite leur qualité, c'est donc assurer leur longévité, leur stabilité et ainsi, leurs effets directs sur la personne concernée, puis leurs effets indirects sur le reste de la société. Assimiler le soin à l'éradication de la récidive serait idyllique et nier une réalité autrement plus complexe, mais il ne faut pas ignorer ses bienfaits lorsque prodigués de manière adaptée.

Alors, en tant que professionnel de la santé, comment assurer la continuité du parcours de soin des auteurs d'infractions à caractère sexuel détenus ?

Maillon central du cheminement médical de l'AICS, le soignant évolue dans un cadre judiciaire qui n'est pourtant pas initialement pas le sien. Il doit parvenir à inscrire sa pratique dans le PEP sur le long cours, alors même que sa compétence peut sembler lui échapper – institutionnellement et personnellement – de manière à répondre aux exigences de tous et à préserver l'intégrité de chacun des protagonistes impliqués.

Se pencher sur ce sujet passe par une mise en situation d'ampleur à travers l'étude des relations qui unissent tout en opposant les professionnels de santé aux autres acteurs qu'ils sont amenés à côtoyer ou dont ils doivent répondre (Partie 1). C'est aussi, de manière plus personnelle, plonger au cœur du monde médical afin de comprendre empiriquement ce qui peut pousser ou contraindre les soignants à briser la constance voire l'existence même des soins aux personnes auteurs de violences sexuelles (Partie 2).

---

40 ALVAREZ Josefina, GOURMELON Nathalie, *Synthèse La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : état des lieux et analyse de nouvelles pratiques*, CIRAP ENAP, novembre 2006, p.8



## **PREMIÈRE PARTIE : La prise en charge psychiatrique nationale de l'auteur d'infraction à caractère sexuel à l'épreuve du maillage santé-justice-social**

Lors de la mise en œuvre du parcours de soins psychiatrique des AICS et en dépit de pressions extrinsèques à la relation thérapeutique *stricto sensu* avec l'AICS (Chapitre 2), le soignant se doit en permanence d'évaluer sa marge de manœuvre quant à la négociation de sa place au sein des autres rôles institués intervenant au long du suivi (Chapitre 1).

### **CHAPITRE 1 : La collaboration tumultueuse entre les acteurs des mondes judiciaire, sanitaire et social**

Les ruptures de parcours du soin sont fréquentes et c'est bien souvent la rencontre entre champ judiciaire et du champ médical, entre les problématiques de justice et de santé publique (Section 1), qui en est à l'origine. Tout en devant faire preuve de coopération et de coordination, le soignant doit veiller à ne pas se faire happer par le système (Section 2).

#### **Section 1 : La prévention d'une rupture du parcours de soins, fruit d'une coopération pluridisciplinaire**

La fluidité des soins aux auteurs d'infractions sexuelles ne peut espérer être qu'à condition que les différents intervenants simultanés et/ou successifs ne trouvent le moyen de mutualiser (§2) leurs pratiques parfois antagonistes (§1).

#### **Paragraphe 1 : Entre intégration et opposition des missions de justice et de santé publique**

Dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique instituée et contrôlée par la justice, sanitaire et judiciaire font face au défi d'harmoniser leurs interventions respectives en vue d'assurer un suivi thérapeutique qui se veut transversal jusqu'à son terme (A). Aux confluent de ces deux logiques institutionnelles, intervient l'expert psychiatre ou psychologue dont les conclusions impacteront l'ensemble de la continuité du parcours de soin (B).

#### **A) Soigner la personne placée sous main de justice : l'objectif judiciaire versus l'objectif sanitaire**

La mise en œuvre de la prise en charge médicale d'une personne pendant et après son

incarcération implique une pluralité d'intervenants, parfois mués par des finalités concurrentielles. Le but est donc de réussir à les conjuguer sans dénaturer le champ d'intervention de chacun. Lorsque l'on s'intéresse à la réussite d'une bonne transition des soins entre la détention et les SPO et plus largement la cohérence du parcours de soin des AICS, l'idée de succès n'est pas appréhendée de la même manière et prend une signification différente selon le champ considéré. Si toutes les conditions matérielles sont réunies pour assurer un transfert médical respectueux des règles juridiques entre le milieu carcéral et le milieu libre et qu'ultimement l'individu en question finit par ne jamais récidiver, mais au détriment d'un mal-être profond et persistant, peut-on objectivement parler de réussite ?

Pour la justice, une mesure de soin est avant tout un outil au service de l'amélioration de l'exécution de la peine. À ce titre, sa fonction curative, restauratrice, est envisagée subsidiairement à la fonction répressive première de la peine. Ainsi, le soin équivaut à « guérison ». C'est en effet communément le but à atteindre. Mais dans ce cadre et pour les soignants qui assurent la prise en charge directe, il s'agit plutôt de « soigner ». Outre le fait qu'ils n'aient qu'une obligation de moyen, et que l'on ne peut ignorer que les soins peuvent échouer ou rester de pure forme, il s'agit pour eux d'identifier des problématiques cliniques et donc de faire en sorte « *que la personne se sente bien tout en ayant en tête de l'amener à réfléchir sur son passage à l'acte et à identifier les causes pour travailler dessus et ainsi éviter un nouveau passage à l'acte et la réinsertion psycho-sociale* »<sup>41</sup>. A. Ciavaldini résume que « *le but d'une prise en charge sanitaire d'un AVS est de permettre à cet auteur d'acquérir les moyens de ne plus faire supporter par un tiers (non professionnel du soin) ses défaillances psychiques. Le soin est alors un des moyens qui se doit d'être mis en œuvre pour y parvenir* »<sup>42</sup>. Cette vision humaniste trouve *in fine* à s'intégrer dans la vision plus pragmatique et sécuritaire des juges pour qui la paix sociale et la protection de la société prévaut sur celle des intérêts individuels. Cela passe simplement par la complétion d'une finalité supplémentaire et complémentaire s'inscrivant dans une dimension collective de santé publique.

---

41 Dans ses *Recommandations de bonnes pratiques, prise en charge d'auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans*, juillet 2009, la Haute Autorité de Santé précise que « *la prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif : la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récidive* ».

42 CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p. 4

Seulement, la relation entre ces deux desseins est inégalitaire en ce que la temporalité thérapeutique reste instaurée et contrainte par le méta-cadre judiciaire. Alors, la durée des SPO prononcée n'est pas forcément congruente à ce que requiert l'état de santé de la PPSMJ, surtout si la prononciation est faite *ab initio* par la juridiction de jugement. Certaines sont trop longues ou inutiles après une longue peine et perdent de leur sens, d'autres ne peuvent pas être mises en place efficacement dans un délai imparti trop court<sup>43</sup> ou ne sont simplement pas instituées à temps pour des raisons d'organisation du système de la justice et/ou de la santé. Souvent, le monde judiciaire a du mal à comprendre le rythme et la difficulté de l'évaluation clinique du condamné. Pourtant, c'est là que l'évaluation expertale pré-libératoire prend toute son importance.

La durée de l'injonction de soin en particulier apparaît comme trop couplée à celle du SSJ. Or, depuis sa création en 1998, ce dernier peut s'étaler sur une durée que le soin ne devrait raisonnablement pas suivre (10, 20, 30 ans...). En effet, « *la surveillance d'un individu ne poursuit pas la même finalité qu'une mesure thérapeutique* »<sup>44</sup>. Le risque est que la mesure ne soit plus utile, comprise et donc assimilée par l'AICS. Un relèvement peut être demandé au JAP mais en pratique, il est rarement accordé. Les SPO doivent être le fruit d'une justice de terrain et non un moyen d'assurer la protection de la responsabilité des décideurs.

### B) Le rôle déterminant de l'expert sur le parcours de soin

Lors de son PEP, l'AICS va être amené à subir plusieurs expertises, dans le temps présentiel et celui postsentenciel prélibératoire<sup>45</sup> (de manière obligatoire si une IS est envisagée par le juge). Les premières ont pour essentiel but de déterminer s'il y a chez le prévenu une altération ou une abolition du discernement au sens de l'article 122-1 du code pénal. Les secondes visent davantage indiquer la pertinence d'un SPO au regard du degré de dangerosité constaté. Ce sont particulièrement elles qui vont déterminer le sens, le contenu et les modalités de la prise en charge à l'extérieur et ainsi la coordination entre les acteurs du dedans et du dehors en ce qu'elles restent une référence pour les intervenants suivants. Elles en sont d'autant plus capitales qu'elles affectent directement et parfois sur une très longue période, la vie du condamné. Une bonne cohérence de la décision de l'expert avec la situation de la PPSMJ est un facteur essentiel de l'adhésion et de

43 ESTANO Nicolas, ARENA Gabrielle, BOUVRY Émilie, BROCHT Sylvie, *Pourquoi une consultation spécifique pour auteurs d'infractions à caractère sexuel : regard sur six années à l'Unité de Psychiatrie et Psychologie légales de Ville-Evrard*, Annales médico-psychologiques, mars 2018, p. 7

44 MERCIER Marie, MEUNIER Michelle, VÉRIEN Dominique, *Rapport d'information n° 529 (2018-2019) sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs*, Sénat, 28 mai 2019, p. 13

45 Articles 706-47-1 et 131-36-4 du code de procédure pénale

l'engagement de celle-ci. Elles peuvent être accompagnées des examens psychiatriques de l'article R57-5-8 du CPP visant à établir une prise en charge post-pénale adaptée.

Toutefois, c'est la valeur, la pertinence et donc la qualité même des décisions d'expertise qui peut être remise en question. Un rapport de 2005 distingue la dangerosité psychiatrique qui est « *un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante* » de la dangerosité psychiatrique, « *phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* »<sup>46</sup>. La décompensation peut être un facteur de passage à l'acte mais elle n'en est pas nécessairement synonyme. Nuance supplémentaire, ces dangerosités ne prennent pas la même signification intra et extra-muros. Une bonne adaptation à la prison, une bonne discipline – ce qui est souvent le cas des AICS – ne doit pas être méprise avec une absence de dangerosité. Comme à l'inverse, une attitude rebelle contre la hiérarchie pénitentiaire, ne traduit pas un risque de récurrence une fois en milieu ouvert.

Or, lors d'une expertise, il est fréquemment demandé à l'expert de se prononcer sur ces deux types de dangerosités alors qu'il n'est compétent que pour juger de la première. Particulièrement pour l'expertise post-sentencielle, souvent effectuée dans de mauvaises conditions en détention, « *la place de l'expert psychiatre est ainsi passée d'une mission rétrospective [...] à une mission prédictive* »<sup>47</sup>, de pronostic au lieu de diagnostic.

Les confusions, par méconnaissance ou par sécurité, ne sont pas rares. Les attentes sociales sécuritaires étant haut placées dans le domaine des violences sexuelles, le fort degré de responsabilité qui en découle pousse souvent les experts à déployer la « stratégie du parapluie », c'est-à-dire de se prononcer en faveur d'une mesure de soin dans l'idée de parer toute éventualité de récurrence dont le risque zéro est pourtant utopique. En découle une confusion cette fois-ci entre soin possible et soin nécessaire.

Dans les rares cas où l'expert exprime un avis défavorable, c'est le JAP dont la décision n'est pas liée par celle de l'expert, qui peut prononcer une mesure. En matière criminelle et dans une situation de récurrence essentiellement, les expertises prononçant des SPO, et donc déterminant l'intervention des soignants au sein de la justice, tend à se systématiser. Les AICS représentent une part importante des PPSMJ soumises à une IS<sup>48</sup>, souvent préférée à une OS dans ce domaine. Il existe une différence de degré et pas de nature entre ces deux

---

46 BURGELIN Jean-François, *Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récurrence*, Rapport de la commission Santé-Justice, juillet 2005, p. 11

47 BARATTA Alexandre, HALLEGUEN Olivier, MORALI Alexandre, *L'expertise post-sentencielle : vers une révolution méthodologique ? Nouvelles recommandations concernant l'évaluation des auteurs de violence sexuelle*, La revue de médecine légale, volume 2, issue 1, mars 2011

48 Cf. annexe n°4

mesures et la dangerosité des AICS qui devient présumée fait l'objet d'une surestimation chronique. C'est l'acte, sa nature et sa gravité et la dangerosité criminologique associée, le critère idéologique plutôt que légal, qui semble prendre le pas sur la personnalité et la dangerosité psychiatrique. À tel point que certains ont pu parler de « peine thérapeutique »<sup>49</sup>. Lorsque des SPO ont été prononcés suite à une expertise et que l'AICS ne récidive pas, mais que l'on se rend compte que, notamment dans le cadre d'une OS peu encadrée, il n'a officiellement respecté aucune obligation qu'impliquait cette mesure, les SPO étaient-ils seulement la solution légitime ? L'idée répandue, y compris chez les magistrats, que les soins ne peuvent jamais être de trop est fautive. Outre le fait qu'ils mobilisent des ressources humaines et financières inutilement, ils peuvent aussi avoir un impact négatif sur le condamné. L'illusion du soin peut s'avérer pire que l'absence de soin. En 2012, un rapport de l'Assemblée Nationale<sup>50</sup> a recommandé de substituer une expertise médico-psychologique à l'expertise psychiatrique lorsqu'il se révèle évident que l'AICS ne souffre d'aucun trouble psychiatrique et donc que l'expertise psychiatrique n'apparaît pas adaptée aux besoins de la justice. Il peut être aussi indiqué d'orienter l'AICS exclusivement vers des programmes de prévention de la récidive (PPR) animés par le SPIP ou des mesures de justice restaurative plutôt que de prononcer des SPO.

De plus, difficile de se prononcer sur la dangerosité de l'individu en question lors de l'expertise prélibératoire quand l'expert n'a pas accès au dossier médical – secret professionnel oblige – et trop peu souvent aux expertises précédentes car les magistrats préfèrent une évaluation de la situation actuelle plutôt que de l'évolution de la personne, renvoyant encore à la préférence pour le critère de dangerosité criminologique.

Ces idées reçues à l'égard d'une catégorie dont il est admis que la situation de tous ses membres leur est propre soulève certaines interrogations quant à la légitimité de certains SPO et donc l'assurance de leur relai avec les soins intracarcéraux.

## **Paragraphe 2 : L'adaptation collaborative de la stratégie de soins à la personne auteure d'infraction à caractère sexuel**

Le travailler-ensemble de tous les intervenants auprès d'AICS doit tendre vers une prise en charge psychiatrique unifiée (B) qui ait du sens en premier lieu pour le condamné (bien-être mental, prise de conscience des actes) puis pour le soignant (au regard de sa

---

49 SALVAGE Philippe, *La grande délinquance est-elle une maladie ?*, Revue de droit pénal, n°2, février 2010, étude n°3

50 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, p. 117

déontologie, du serment d'Hippocrate, de ses valeurs, de son éthique) et enfin pour la justice (en donnant du sens à la peine et donc en prévenant la récidive)(A).

#### A) De l'individualisation de la peine à celle du soin : œuvrer communément à l'appropriation thérapeutique

Pour être efficace, en milieu carcéral comme dehors, le soin imposé<sup>51</sup> au patient doit être approprié et non pas subi par lui. Sinon il est inutile et illusoire, pour le condamné directement et pour la société indirectement, momentanément ou sur le long cours, y compris après que la mesure ait pris fin. Un idéal serait de ne plus avoir à entendre « je viens parce que le juge m'a dit de venir vous voir ».

Le principe d'individualisation de la peine se trouve transposé en un principe d'individualisation du programme de soins psychiatriques qui devient « à la carte ». Cet apprivoisement est facilité si l'AICS était déjà en demande de soin avant même la prononciation des SPO ou a fait l'objet d'une OS en phase présentencielle. Malheureusement, ce n'est pas un cas répandu chez les AICS qui peinent à prendre conscience par eux-mêmes de leur propre souffrance.

Le premier contact, la première rencontre, avec tous les acteurs en milieu carcéral et la première évaluation clinique traditionnelle sont des étapes déterminantes : elles ont pu être qualifiées de pré-thérapeutiques<sup>52</sup> en ce qu'elles permettent de clarifier le cadre et constituent la première occasion de créer le besoin et la motivation au changement chez des AICS quelque peu réticents, notamment en prévision de la potentielle future OS peu encadrée. C'est aussi le moment de rassurer ceux qui ne croient pas au secret professionnel ou des récidivistes qui auraient eu de mauvaises expériences antérieures et d'instaurer un climat de confiance sécuritaire, propice à la liberté d'expression. À défaut, cela pourrait ne faire que renforcer les mécanismes de défense de l'AICS et provoquer à terme un abandon.

À cet effet, les AICS doivent tous être appréhendés dans leur individualité et le parcours de soins psychiatriques leur être personnalisé sous peine de rupture. C'est la technique qui doit s'adapter à l'AICS et non l'inverse. Les pédophiles sont davantage susceptibles de repasser à l'acte que des AICS impliqués dans des affaires incestueuses, et les violeurs représentent un risque plus élevé de récidive pour des infractions non-sexuelles<sup>53</sup>. L'adhésion des AICS âgés peut être plus compliquée à obtenir dans le sens où ils ont beaucoup moins à perdre.

51 Même si l'article 132-45-1 du code pénal préserve la notion de consentement à ces soins

52 CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018

53 MARX Christophe, *Soins psychologiques obligés des agresseurs sexuels : impasse ou défi réaliste ?*, Actualités en analyse transactionnelle, 2010/4, n°136, p. 8

La grande diversité des profils empêche d'appliquer un seul modèle thérapeutique général. Chacun d'entre eux possède des motivations à la récidive qui leur sont propres et qui ne peuvent être catégorisées.

Le patient AICS doit être acteur de son soin et donc participer à la construction du cadre thérapeutique. Lors de la mise en place de la stratégie et du programme de soins, il faut tenir compte de l'environnement et de la faisabilité de ce que l'on prévoit de mettre en œuvre. Malgré ses actes, il est important de prendre en compte les vulnérabilités et difficultés personnelles auxquelles il est confronté (mauvaise capacité de compréhension ou de verbalisation, capacités cognitives et physiologiques pauvres, phobies, horaires professionnels, difficultés de déplacement en milieu ouvert, placement en établissement pour addicts ou handicap mental...) et trouver des techniques pluripartenariales adaptées à l'objectif défini par l'équipe médicale en concertation avec lui, tout en respectant le cadre légalement ordonné. « *Proportionner l'amplitude aux besoins et aux compétences du sujet, ce qui lui renverra l'image, l'éprouvé d'être "justement entendu"*<sup>54</sup> » est crucial. Certains AICS ne comprennent pas nécessairement le fonctionnement de l'articulation Santé/Justice ou les enjeux que représentent les SPO. D'autres ne comprennent pas pourquoi l'expert a recommandé une IS ou une OS alors qu'ils ont dans le même temps noté l'absence de trouble mental, provoquant ainsi la réflexion : « Pourquoi dois-je me faire soigner alors que je ne suis pas malade ? ». Or il est primordial de rendre le soin compréhensible et donc accessible à l'AICS, pour lui « *permettre de décrypter son environnement, de lui donner du sens, de savoir où il s'engage* »<sup>55</sup>. Néanmoins, une certaine plasticité est requise par l'intermédiaire de réévaluations régulières tout au long de la chaîne de soin pour réaménager, adapter, les mesures selon les besoins psychiques et pro-sociaux de l'AICS. Même si cela peut paraître insignifiant, ce sont des simples mesures de respect l'autre et de leur intégrité comme l'on pourrait en témoigner à des citoyens lambda, qui apaisent et valorisent des individus parfois en manque de confiance en eux ou remontés contre le système judiciaire. Mais le sens à donner à l'acte et donc au soin ne peut pas provenir de l'AICS seul : il lui est inaccessible car clivé pour préserver son existence et c'est donc là que doit intervenir activement le thérapeute<sup>56</sup>.

---

54 Op. cit.

55 Ibid.

56 DÉVAUD Corinne, GURAIIB Gabriela, *Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle, Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel*, Psychothérapies, 2011/1, vol°31, p.34

En tout état de cause, assurer une bonne cohérence et donc transition du soin dedans-dehors, c'est avant tout faire apparaître, baliser puis préserver l'alliance thérapeutique que le condamné libéré a pu établir pendant son incarcération.

### B) Vers l'intercontenance des différents champs d'action

Les différents champs sociaux, judiciaires et sanitaires ont des objectifs<sup>57</sup>, des rôles, des modalités des éthiques et une déontologie qui leur sont propres. Les professionnels de ces milieux parlent souvent d'un « maillage » de ces champs. Ce maillage implique une imbrication des relations, l'existence d'un partenariat, c'est-à-dire d'une entente entre les différents mondes dans le but de devenir des associés, des alliés, travaillant dans un même sens : éviter toute discontinuité dans le parcours de soin d'un auteur d'infraction à caractère sexuel. Plutôt favorisée et encouragée par le ministère de la justice en milieu fermé, elle l'est cependant beaucoup moins en milieu ouvert. Quand les relations ne sont pas conflictuelles elles sont au mieux caractérisées par une mutuelle ignorance.

Chacun de ces champs ne peut prendre en charge à lui seul les soins judiciairisés de l'AICS, ils sont donc interdépendants et forment un réseau interconnecté. A. Ciavaldini va encore plus loin et développe la notion d'« intercontenance »<sup>58</sup>. Il travaille à partir du concept de « double-cadre » théorisé par Claude Balier<sup>59</sup> pour affirmer que le cadre thérapeutique se déploie à l'intérieur du cadre judiciaire, qui garantit alors son exercice. C'est le cas pour les trois cadres sociaux, judiciaires et sanitaires qui plus qu'un emboîtement, garantissent chacun l'action des autres et leur permettent de mener au mieux leurs missions respectives. Il y a donc une relation d'égalité et une absence de domination ou de mise sous tutelle de l'un sur le(s) autre(s). Chaque cadre reste autonome mais ne « *tire son efficacité que de la présence des deux autres* »<sup>60</sup>. Pour y parvenir, doit exister une « porosité » entre eux, afin d'éviter une simple addition et juxtaposition des fonctions. Attention, porosité n'est pas synonyme d'une fuite de l'information, ces dernières doivent « *respecter le seuil informatif tolérable par chaque intervenant* »<sup>61</sup>. Cela suppose des rencontres et des formations institutionnelles entre les partenaires des différentes institutions intervenantes afin de connaître leur fonctionnement, leurs missions et la limite de leur identité professionnelle.

---

57 Cf. supra

58 Cf. annexe n°5

59 BALIER Claude, LEMAÎTRE V., NEAU F., *La violence de vivre*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2007, 190 p

60 CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.30

61 CIAVALDINI André, *La famille de l'agresseur sexuel, conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins*, In Press, Le divan familial, n°6, 2001, p. 7



Le maillage ainsi créé « vient définir un territoire thérapeutique concerté entre les trois champs de tutelle, dont chacun connaît la géographie avec ses repères, ses droits mais aussi ses devoirs »<sup>62</sup>. A cet effet, le TGI de Grenoble met en place quatre réunions pluri-institutionnelles annuelles.

En effet, une articulation et une alliance entre les champs plutôt qu'une opposition est bien plus fertile pour la PPSMJ comme pour la société. Les outils que chacun peut amener au service du suivi médical de l'AICS doivent se compléter et non pas s'opposer par idéologie. Les différents intervenants ne tirent alors leur légitimité d'action que du lien qu'ils entretiennent avec lui. Les regards croisés braqués sur l'AICS, la dimension contenante, doivent alors permettre d'anticiper les difficultés, notamment les désistances nécessaires que va connaître le sujet au long de son parcours de soin mais qui entraînent un fort risque de passage à l'acte.

Mais dans la réalité, autonomie et liberté des échanges s'étanchéifient bien souvent en raison de l'opposition du secret professionnel. La constitution d'un groupe de travail interministériel santé-justice a été annoncé en 2017 afin d'améliorer l'articulation des relations hospitalo-pénitentiaires dans le cadre de l'incitation aux soins et de l'OS<sup>63</sup>.

## **Section 2 : Le positionnement du soignant et la délimitation de son action au sein de la justice**

Inévitablement propulsés au sein du monde judiciaire lorsqu'il est question de SPO et encore plus depuis 1998, les médecins ont la lourde tâche de trouver un équilibre entre la préservation de l'indépendance de leur profession (§1) et l'indispensable favorisation de la communication avec les acteurs extérieurs au monde sanitaire (§2).

### **Paragraphe 1 : L'autonomie relative du professionnel de santé par rapport au monde judiciaire**

Le secret professionnel est un concept reconnu de tous, pourtant, encore aujourd'hui, aucune solution optimale n'a été trouvée pour faire face aux entraves qu'il crée dans les échanges inter-institutionnels (B). Depuis la création du statut *sui generis* de médecin coordonnateur (A) il y a vingt ans, les incertitudes autour des limites du secret médical sont encore exacerbées et l'absence de consensus règne.

---

62 Op.cit.

63 Stratégie santé des personnes placées sous main de justice, Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice, avril 2017

### A) La création d'une interface santé-justice en la personne du médecin coordonnateur

Instauré par la loi de 1998 dans le cadre du SSJ, le médecin coordonnateur veille à la bonne mise en œuvre de l'IS. L'article L3711-1 du CSP délimite ses fonctions, son statut – imprécis : il est nommé par le JAP et rémunéré par l'ARS – et l'étendue de son rôle d'intermédiaire entre le médecin traitant et l'AICS concerné. Depuis 2012<sup>64</sup>, il connaît le motif de condamnation via la transmission d'une copie de la décision à l'origine de l'IS. En échange, il doit « *transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins* »<sup>65</sup>.

Le coordonnateur connaît de toutes les difficultés liées à l'exécution du traitement<sup>66</sup> mais jamais du fond de la thérapie. En vertu de l'article L3711-2 alinéa 2 du CSP, et par dérogation au secret professionnel, il a simplement pour rôle de transmettre le dossier médical du médecin intra-muros à celui extra-muros. Il doit normalement rencontrer le condamné dans le mois qui suit sa nomination. Le premier entretien est d'importance capitale en ce qu'il y explique les modalités d'exécution de l'injonction à la PPSMJ et l'incite à choisir son médecin traitant grâce à sa bonne connaissance du réseau sanitaire local. En réalité, le choix est plutôt dicté par l'offre de soins disponible et il s'agit surtout d'écarter un praticien dont l'activité ne serait pas adaptée à celle requise dans le cadre d'une IS<sup>67</sup>. En effet, s'il ne connaît pas le praticien, il lui sera difficile de juger de ses axes de travail thérapeutique auprès d'un AICS. Cependant, en pratique la plupart des rendez-vous n'interviennent pas dans le délai imparti et l'AICS a déjà trouvé par lui-même un thérapeute lorsque le coordonnateur intervient. Il a été avisé, sans succès, de procéder à une désignation anticipée<sup>68</sup> de manière à ce que son rôle ne perde pas de son utilité et de son sens et que la rupture ne soit pas envisageable pour le patient. Cela devient difficilement réalisable si le détenu sortant est amené à changer géographiquement de juridiction.

Le coordonnateur met ainsi ses compétences au service de la justice, de la peine, abandonnant par là toute relation thérapeutique duale avec le patient qui constitue habituellement sa pratique. Il n'en reste pas moins un médecin, à la position d'entre-deux médico-légale certes particulière. Il n'est paradoxalement pas rare pour lui de ressentir un isolement professionnel et de ne pas être soutenu par son institution d'appartenance alors

---

64 Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines

65 Article L3711-1 du code de la santé publique

66 Article L3711-3 du code de la santé publique

67 CANO Jean-Philippe, *Quels sont les rôles des différents acteurs, leur(s) mission(s) et leur articulation ? Quelle est leur formation ? Quelles informations sont à leur disposition ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.12

68 Notamment préconisé dans le *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, IGAS et IGSJ, recommandation n°16, p.71

même qu'il semble d'apparence être le mieux placé pour appréhender les enjeux à la fois judiciaires et sanitaires. Ce rôle assumé d'acteur de la lutte contre la récidive fait peser sur lui une responsabilité lourde que ne sont pas prêts à endosser nombre de psychiatres ou médecins habilités. Responsable pour tous et soutenu par personne, il doit notamment faire preuve de beaucoup de diplomatie dans ses relations avec les médecins référents en cas de désaccord et veiller à ne pas empiéter sur leur compétence en se substituant à eux.

### B) Les barrières instaurées par le secret professionnel

L'article R4127-4, alinéa 1<sup>er</sup> du CSP dispose que « *le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* ». Sa violation entraîne les sanctions prévues par les articles 226-13 du CP et L1110-4, V du CSP. Le secret entre les professionnels d'une même équipe de soins, et donc entre les soignants intra et extracarcéraux n'a pas lieu d'être<sup>69</sup>, il ne joue pas sur une potentielle discontinuité des soins. Mais il prend une couleur différente selon qu'il est envisagé en milieu fermé ou en milieu ouvert. Dans un espace confiné, la valeur de l'information est fortement accrue. Elle se propage plus vite et ne s'oublie pas. Pour les AICS, sa protection participe d'autant plus à leur sécurité.

La confiance est la base de toute alliance thérapeutique. À ce sujet, le professeur Louis DELAPORTE, président du conseil national de l'ordre des médecins à l'académie des sciences morales et politiques, déclarait le 5 juin 1950 qu'« *il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* ». Particulièrement mis à l'épreuve entre logiques de soin et de peine, on peut pourtant, « *reconnaître la possible fécondité de ce type de soins [qui] n'est pas synonyme d'affranchissement déontologique* »<sup>70</sup>. En pratique, ce secret est néanmoins trop souvent un obstacle institutionnel enflammant les collaborations inter-professionnelles et dont les conséquences néfastes se répercutent souvent sur la personne au cœur de ce soin : l'AICS.

D'après le II de l'article L1110-4 du CSP, « *un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* », mais c'est une faculté et non pas un devoir. Or, il est fréquent que les soignants opposent ce secret même aux personnes les plus

69 III de l'article L1110-4 du code de la santé publique

70 LAMEYRE Xavier, *Pour une éthique des soins pénalement obligés*, revue de sciences criminelles et de droit comparé n°3, juillet-septembre 2001, p. 521

proches et concernées par la bonne continuité des soins comme les CPIP, ce qui conduit souvent à des relations tendues entre les deux corps de métier. Ces derniers, comme l'AP, doivent se contenter de certificats et d'attestations sans jamais connaître le contenu de la séance et de la thérapie. Pour l'AP et les magistrats il est particulièrement frustrant de ne pas connaître l'évolution ou le degré de dangerosité que présente l'AICS pour des raisons de gestion de la détention<sup>71</sup> ou d'adaptation des mesures au risque de récidive affiché. Il peut être aussi difficile de ne pas méprendre la fonction facilitatrice de la verbalisation du secret opposée par les soignants et couverture du passage à l'acte.

Les conflits peuvent aussi être alimentés par la croyance erronée des magistrats qu'il existerait un secret partagé, notamment entre le médecin coordonnateur, le médecin en détention et le médecin traitant. Mais ce secret partagé n'existe pas, ce n'est qu'une « *construction intellectuelle* »<sup>72</sup>. Il faudrait plutôt parler de confiance partagée. Moins codifiée – et donc plus menaçante pour la confidentialité – mais établie par l'expérience et des règles de bon sens entre les acteurs qui font vivre le système, elle est beaucoup plus susceptible d'être respectée. Il s'agit d'établir « *un langage commun qui n'est autre que la capacité interinstitutionnelle de penser ensemble* »<sup>73</sup>. Mais même cette confiance peut être mise à rude épreuve en fonction du climat plus ou moins sécuritaire du moment et de la pression médiatique qui peut entourer certaines affaires, exacerbant par là un sentiment de méfiance.

Cette obstruction aux échanges est créée par une peur idéologique d'instrumentalisation et de domination des uns par les autres. Trouver un juste équilibre et mener de concert la préservation essentielle des données de la personne (santé), la protection de l'ordre public (justice) et de bonnes conditions de détention (administration pénitentiaire) permettra de prévenir le cloisonnement, l'éclatement et l'éparpillement entre les interventions judiciaires et psychosociales pour passer d'un objectif à une réalité.

## **Paragraphe 2 : Le maintien de la qualité du parcours de soins au travers des échanges interinstitutionnels**

Les ruptures dans le parcours de soin des AICS peut être de leur propre fait mais une des raisons principales reste la pauvreté d'un réseau solide et stable de communication (A). Le

---

71 L'article L6141-5 du code de la santé publique autorise les soignants à effectuer un signalement s'il existe un risque pour la sécurité des personnes, mais toujours sous couvert du secret médical

72 GAUTRON Virginie, *Colloque : Aux frontières des peines : soigner les criminels*, 11 avril 2019, Toulouse, organisé par le CRIAVS-Midi-Pyrénées

73 CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.32

mauvais relai de l'information s'observe déjà entre les équipes intracarcérales puis se perpétue envers celles du dehors (B).

#### A) Le renseignement interpersonnel, clé de voûte d'un parcours de soin efficient

Une bonne collaboration n'existe pas sans communication. Les exigences légales sont souvent et souhaitablement dépassées que ce soit de la part de la justice ou de la santé. En l'absence d'une détermination textuelle des informations pouvant ou non être divulguées, on s'en remet souvent à une inégale conventionnalité des échanges – institutionnellement et territorialement – qui ne soulève aucun consensus, y compris au sein des professionnels de santé.

L'absence de culture commune entre tous ces acteurs est souvent la source de désaccords entre ce qui doit rester secret pour les uns et ce qui peut être déterminant pour les autres. Il est par exemple déploré une certaine opacité des échanges entre le SPIP et les médecins coordonnateurs.

L'autorisation légale de relayer une information « nécessaire, pertinente et non excessive »<sup>74</sup>, est appréhendée subjectivement et utilisée de manière différenciée selon le champ considéré. Instaurer une collaboration fructueuse tout en respectant les exigences de confidentialité doit avant tout passer par une bonne connaissance des pratiques respectives, voire de la personnalité, de chacun. Des rencontres inter-professionnelles régulières sont hautement recommandées à cet effet. La construction d'un réseau de confiance est souvent perturbée par l'important turn-over des services publics en question. Les mutations de magistrats, de CPIP, de personnels hospitaliers, surtout les plus investis, sont particulièrement chronophages et tendent à faire perdre le bénéfice des expériences de chacun.

Cet inter-échange doit être rendu possible dès l'incarcération des AICS. C'est paradoxalement en détention où les soignants et les membres de l'AP – particulièrement les surveillants qui organisent au plus près le quotidien des AICS – sont amenés à se côtoyer plutôt régulièrement, selon l'établissement concerné, que les échanges sont les plus laborieux. La CPU constitue le seul temps d'échange institutionnalisé. Occasionnelle, elle ne permet pas nécessairement de régler tous les problèmes relationnels du quotidien carcéral alors qu'elle représente pourtant l'opportunité de débattre de la communication d'informations sensibles mais non soumises au secret. L'assiduité des détenus aux soins et

---

74 Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé, 2017, p. 57

la qualité du suivi médical repose donc essentiellement sur la nature humaine des relations entre les différents intervenants.

### B) Les effets des transfèvements intra-muros sur la prise en charge sanitaire de l'auteur d'infraction à caractère sexuel

Le parcours de soins est particulièrement dur à initier et stabiliser en début d'incarcération. Même après leur condamnation, les AICS détenus peuvent être amenés à faire l'objet de plusieurs transferts intra-muros – surtout tant qu'ils restent en maison d'arrêt dans lesquelles ils sont voués à ne pas s'éterniser – souvent afin de finir à terme en établissement pour peine. Ces changements sont perturbants de par tous les bouleversements psychologiques et physiques qu'ils génèrent : nouvelle cellule et co-détenus, nouvel environnement général et surtout, nouvelle équipe soignante. Pour les condamnés, c'est aussi l'obligation de devoir répéter leur histoire aux praticiens successifs. Cela peut représenter une véritable épreuve psychologique pour ceux qui revivent le passage à l'acte à propos duquel ils éprouvent des remords ou de la honte.

Ces facteurs de fragilité doivent être particulièrement surveillés par les équipes soignantes et pénitentiaires qui se succèdent, or, il n'est pas rare que les dossiers médicaux ne suivent que partiellement, voire pas du tout ou trop tardivement, le patient. L'imprévisibilité et la fréquence des transferts empêchent toute passation préventive et automatique des dossiers, occasionnant une perte d'informations cruciales importantes. Il revient alors au nouveau DSP ou SMPR de faire une demande de communication des données *a posteriori*. En revanche, cette situation ne déplaît pas à tous les praticiens en ce que certains préfèrent se faire leur propre idée, avoir un œil nouveau sur le patient, sans être biaisés par les notes de leurs prédécesseurs.

Outre les transferts entre différents EP, les révocations parfois rapides d'aménagements de peine ou de sursis et les allers-retours parfois brutaux entre les UHSA et la détention sont aussi source de perte de l'information. Il se peut que l'AP décide brusquement d'envoyer un détenu instable en UHSA, sur conseils des soignants mais sans les en informer au préalable. À son retour au DSP, les canaux officiels de communication sont encore susceptibles d'être défaillants, faisant retomber la charge sur l'AICS de communiquer sur son état. Or, l'équipe soignante intracarcérale référente doit entendre des progrès ou régressions effectués lors de ces séjours via les professionnels, afin d'adapter correctement leur prise en charge.

Les nombreux aléas et le manque d'homogénéité causés par la détention affectent nécessairement la cohérence de la prise en charge momentanée et conséquemment le suivi sur le long cours.

## **CHAPITRE 2 : L'inexistence d'une prise en charge médicale uniformisée sur l'ensemble du territoire français**

Une partie des difficultés liées à la mise en place d'un parcours de soins psychiatrique stable pour les AICS relève moins de la sphère relationnelle que de celle structurelle et matérielle. L'absence de protocole et de structure médicale générique spécialisée pouvant accueillir l'ensemble des AICS au niveau national (Section 1) dessert nécessairement la continuité du parcours de soin de certains AICS qui doivent s'en remettre à l'offre régionale ou plus locale (Section 2).

### **Section 1 : Les disparités causées par le pluralisme de dispositifs de santé pénitentiaires**

A l'échelle du territoire français, l'offre de soin en prison comme dans le reste de la société est très inégalement répartie (§1). Encore plus lorsqu'il s'agit d'AICS, les différences géographiques et le manque de moyens (§2) creuse encore l'écart avec le soin prodigué à la population générale y compris celle carcérale.

#### **Paragraphe 1 : Le soin à travers la typologie des établissements pénitentiaires français**

Depuis une dizaine d'années, les AICS peuvent être accueillis dans des établissements spécialisés dans la gestion leur problématique (A). Lorsque ces derniers ont la chance d'être le siège de SMPR qui offrent des soins psychiatriques plus approfondis (B), la combinaison des dispositifs offre une chance de prise en charge optimisée.

#### A) La différence de prise en charge entre les établissements dits « fléchés AICS » et les établissements classiques

Depuis la loi de 2009, 22 établissements pénitentiaires se sont spécialisés dans l'accueil d'AICS<sup>75</sup>. La DAP prévoyait que 50 à 80 % de leur population totale serait constituée

---

<sup>75</sup> Ces établissements sont ceux de Val-de-Reuil, Liancourt, Bapaume, Melun, Joux-la-Ville, Roanne, Riom, St-Quentin-Fallavier, Ensisheim, Toul, Salon-de-Provence, Perpignan, Caen, Argentan, St-Martin-de-Ré, Nantes, Poitiers-Vivonne, Bédenac, Mauzac, Muret, Casabianda et Le Port à la Réunion, annexe n°6

d'AICS<sup>76</sup>. Mais au 1<sup>er</sup> novembre 2011, cette part ne représentait que 31,94 % et les 59,66 % restants étaient détenus au sein des 167 autres EP classiques<sup>77</sup>. De plus, la répartition des pourcentages est très variée entre ces différents établissements spécifiques.

Les regroupements de cette population au sein d'un même site exprime la volonté de mettre en place un régime spécialisé – y compris médical – à ce type d'infraction. Particulièrement depuis la circulaire du 8 décembre 2008<sup>78</sup>, les moyens financiers et humains ont été renforcés : une dotation supplémentaire est accordée à chaque région où existe un établissement labellisé « *afin d'organiser l'offre de soin de la façon la plus adaptée au contexte régional* »<sup>79</sup>. Une majoration supplémentaire est accordée pour les régions accueillant plus de 700 AICS. Ainsi, « *le ratio psychiatre/100 personnes écrouées passe de 0,26 avant renforcement à 0,38 après renforcement pour les établissements spécialisés tandis que ce ratio demeure à 0,25 pour les établissements non spécialisés* »<sup>80</sup>.

Les objectifs de ces renforcements sont de faciliter à la fois la formation de groupes thérapeutiques et d'améliorer la qualité de la prise en charge individuelle. L'accent est aussi mis sur les moments critiques de la détention : la libération et les transferts vers d'autres établissements pénitentiaires ou des structures de santé extérieures.

Cependant, ces établissements sont inégalement répartis sur le territoire, de sorte que certaines régions comme le Centre en sont totalement dépourvues. Or une incarcération loin du domicile contribue à une rupture des liens familiaux qui peuvent pourtant constituer une aide psychologique au soutien du processus thérapeutique. La communication avec le médecin traitant dans le cadre de l'OS ou de l'IS est d'autant plus dure à établir et à conserver si ce référent est choisi en fonction du lieu de domicile et pas de celui d'incarcération. La distance et le fait de sortir d'un réseau médical habituellement préétabli au sein d'une même région complique la prise en charge. L'isolement géographique complique aussi les accès aux CRIAVS qui interviennent et aux UHSA. De plus, seulement 5 de ces établissements<sup>81</sup> sont le siège de SMPR, susceptibles de fournir rapidement des soins adaptés.

---

76 Note de la DAP du 25 juin 2009

77 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, p.91 et annexe n°7

78 Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé

79 Circulaire N° DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé

80 *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, IGAS et IGSI, février 2011, p.65

81 Les centres pénitentiaires de Perpignan, Poitiers, Caen, Le Port (La Réunion) et le centre de détention de Nantes



En l'absence de référentiel commun entre les établissements labellisés et ceux classiques, la nature des soins est souvent disparate : Les AICS ne pouvant pas être incarcérés au sein d'un de ces 22 établissements ou *a minima* d'un établissement doté de SMPR doivent se contenter du dispositif de soins psychiatriques (DSP) de droit commun. Ils y sont en somme fondus dans la population carcérale générale et ne bénéficient pas d'un projet qui leur soit adapté, faute de connaissance, de temps et de moyens.

Le référencement d'un établissement fléché comme tel et donc la connaissance d'un projet global de prise en charge des AICS est aussi l'ouverture à une collaboration réfléchie, qualitative et stabilisée entre les soignants et l'AP. La particularité de ces 22 établissements n'est pas exclusive aux soins, elle régit aussi les régimes de détention – notamment le module respecto à Mauzac et Casabianda – ce qui permet de limiter le clivage entre les idéologies sanitaires et pénitentiaires pour œuvrer consensuellement à une bonne exécution du parcours de la peine et indirectement, du soin.

#### B) La présence de service médico-psychologique régional au sein de l'établissement pénitentiaire

En ce qui concerne les AICS, seule la prise en charge psychiatrique nécessite un suivi spécial et approfondi. Leur suivi somatique les assimile au reste de la population, que l'on parle de celle libre ou de celle carcérale. Seulement, certains problèmes de santé physique et la prise de certains médicaments peuvent faire obstacle au suivi d'un traitement pharmacologique psychiatrique. Pour les AICS, cela intéresse essentiellement les traitements anti-hormonaux. Les avantages présentés par les établissements pénitentiaires ne comprenant qu'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) avec un DSP et un dispositif de soins somatiques (DSS) sont d'être composés d'une équipe médicale pluridisciplinaire où la communication est alors facilitée. Dans les 26 prisons de France où se côtoient SMPR et UCSA, la séparation entre les deux services peut engendrer quelques obstacles au dialogue thérapeutique.

Néanmoins, les SMPR présentent une équipe de professionnels exclusivement spécialistes du soin psychiatrique beaucoup plus complète et diversifiée, ce qui permet des contacts avec les acteurs extérieurs beaucoup plus vastes. Par exemple, le SMPR de Bordeaux-Gradignan compte 2 psychiatres, une interne, une psychologue à temps plein et 2 à temps partiel, une psychomotricienne, une ergothérapeute, 8 infirmiers et 2 secrétaires tandis que les DSP classiques peinent souvent à assurer une permanence des soins et encore plus une spécialisation envers les AICS de par les interventions ponctuelles des soignants qui y

travaillent. Les cas sévères ne peuvent pas être y pris en charge et doivent faire l'objet d'un transfert vers une UHSA ou vers le SMPR de rattachement. Les équipes de SMPR sont amenées à traiter les détenus – y compris ceux AICS – de manière habituelle, leur permettant ainsi d'appréhender leur problématique au quotidien et de côtoyer et collaborer en permanence avec l'administration pénitentiaire. Des dispositifs originaux sont utilisés : par exemple, une visite d'entrée spécifique est prévue dans les 8 jours au SMPR de Metz. Certains outils sont aussi mieux contrôlés et exploités comme le QICPAAS<sup>82</sup>.

La configuration des locaux n'est pas non plus étrangère à une meilleure prise en charge : les SMPR bénéficient d'un espace aménagé qui leur est réservé, marquant symboliquement leur appartenance au service public hospitalier et non pas à l'AP dans l'espace de laquelle ils interviennent. Les USMP sont souvent installées de manière plus rudimentaire, limitant ainsi la séparation physique, symboliquement éthique et idéologique entre les corps médicaux et pénitentiaires ainsi que la confidentialité.

L'article R57-8-3 du CPP recommande par ailleurs que les AICS condamnés à un SSJ doivent en priorité être affectés dans des établissements siège ou rattachés à un SMPR. Mais le fait que ces SMPR soient souvent implantés en maison d'arrêt est désavantageux pour les détenus longue peine qui ne pourront pas en bénéficier longtemps et ne permet souvent pas de faire une visite médicale de sortie pour ceux qui sont libérés brusquement.

### **Paragraphe 2 : L'effet dévastateur du manque de moyens alloués aux institutions pénitentiaires, sanitaires et sociales**

Il ne s'agit pas d'une surprise que de constater que les domaines de la justice, de la santé et du social souffrent en termes financiers, matériels et humains (A). Seulement, lorsqu'il s'agit d'auteurs de violences sexuelles, et encore plus s'ils sont âgés (B), les conséquences en sont d'autant plus graves.

#### **A) Une pénurie transversale**

Dans le domaine de la psychiatrie publique, le manque de praticiens qu'ils soient médecins traitants, médecins coordonnateurs ou encore experts est flagrant. Le rapport de 2012 déplore une « offre de soins variable, peu structurée voire absente sur certains points du territoire »<sup>83</sup>. Par exemple, en raison du faible et décroissant nombre d'experts inscrits sur

---

82 Le Questionnaire d'investigation clinique pour auteurs d'agressions sexuelles est un aménageur de la relation thérapeutique

83 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, p.90

les listes des cours d'appel (840 en 2007 contre 465 en 2014<sup>84</sup>) et l'augmentation du nombre d'expertises ordonnées, le ratio annuel est passé de 61 à 151 expertises par expert entre 2002 et 2009. Les raisons de ces carences peuvent être dûes aux mauvaises conditions de rémunération, au refus de traiter des AICS ou encore aux incertitudes éthiques qui entourent cette position. Leur position mal délimitée par les textes suscite la peur d'être insidieusement instrumentalisés par la justice et la méfiance de leurs collègues soignants qui les assimilent à des auxiliaires de justice. De cette pénurie chronique, il en résulte des expertises souvent bâclées, sous-motivées, des diagnostics imprécis et/ou contradictoires sur lesquels le juge peine à s'appuyer pour prendre une décision.

Concernant les médecins coordonnateurs en sous-effectif constant, ils sont de plus inégalement répartis sur le territoire, à l'image des déserts médicaux en médecine de droit commun essentiellement en zones rurales. En 2012, encore 17 départements en étaient dépourvus<sup>85</sup> de sorte qu'étaient estimées à 30 % le nombre de mesures en cours non-exécutées<sup>86</sup>. Dans un esprit de qualité du soin, un arrêté de 2011<sup>87</sup> a par ailleurs limité le nombre de patients par coordonnateur à 60 par an, obligeant ainsi ceux en pratique à être inscrits auprès de TGI de plusieurs départements. La liste des incompatibilités dans les régions où peu de praticiens acceptent de travailler avec la justice, les conditions de rémunération – tardives et faibles – et les longs délais entre le moment de la proposition de candidature et de l'inscription effective auprès du TGI et de l'ARS ne participent toujours pas à l'attractivité de la profession, malgré une tendance légère à l'augmentation depuis 2006<sup>88</sup>. Ainsi, son rôle d'intermédiaire au sens de l'article L3711-2 du CSP n'est que rarement effectif. Le rapport de 2012<sup>89</sup> incitait les CRIAVS à exercer une mission d'information et de sensibilisation quant à la prise d'exercice en tant que médecin coordonnateur : Le CRIAVS Aquitaine s'efforce de le faire mais cette pratique ne semble toujours pas généralisée à l'heure actuelle.

La loi de 1998 a amorcé un renforcement des équipes soignantes au sein des établissements fléchés et d'une augmentation du budget alloué aux CRIAVS<sup>90</sup>. Cela s'est concrétisé par

84 ZAGURY Daniel et SENON Jean-Louis, *L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive*, L'information psychiatrique, volume 90, n°8, octobre 2014, p. 628

85 GAUTRON Virginie, *Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ?* Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018 et annexe n°9

86 Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines

87 Arrêté du 8 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 24 janvier 2008 pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs

88 Cf. Annexe n°10

89 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, p. 139

90 Cf. Annexe n°11

des enveloppes de respectivement 8,74 et 9,55 millions d'euros supplémentaires en 2008. Malgré tout, les financements officiels restent tournés vers le milieu fermé alors que les SPO s'exécutent avant tout en dehors du cadre carcéral et concernent un nombre d'AICS plus important. Les initiatives sont locales et à moyen constant.

Le milieu ouvert comme fermé souffrent de pénuries aussi bien quantitatives que qualitatives : le personnel médical manque tant en nombre qu'en formation pointue et spécialisée. Certains EP peinent à recruter en raison de leur localisation peu attractive et des conditions de travail parfois compliquées, tandis qu'il faut souvent attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous en centre médico-psychologique. Les praticiens extra-muros ont du mal à trouver le temps de se former et à ajouter des PPSMJ à leur patientèle habituelle. Le principe de sectorisation des soins psychiatriques et la tendance des psychiatres à privilégier la pratique libérale au détriment du service public hospitalier<sup>91</sup> peut aussi contribuer à entraver l'accès aux soins, surtout pour les nombreuses personnes en situation précaire à leur sortie de détention. Dans les endroits les plus frappés par la pénurie médicale, ce sont les infirmiers qui assurent la majorité de la prise en charge devant normalement être opérée par un psychiatre ou un psychologue.

Les mêmes problèmes d'effectifs et de ressources financières se retrouvent au sein de la justice et notamment des JAP et des CPIP dont la charge de travail est inversement proportionnelle aux moyens mis à leur disposition. Le milieu social n'est pas épargné non plus, notamment dans les grandes villes où les structures d'hébergements sont très déficitaires en termes de capacité d'accueil et les travailleurs sociaux insuffisants.

Les répercussions, y compris juridiques, sont directes pour les patients. L'absence d'accès aux traitements anti-hormonaux dans certaines régions sont une perte considérable de chance et le manque de temps dont souffrent les professionnels conduit parfois à réduire le traitement à la prescription de médicaments ou à définir les priorités dans l'urgence face à une file active interminable. C'est non seulement le risque d'une perte de sens thérapeutique mais aussi celui pour l'AICS de se voir réincarcérer à défaut d'avoir matériellement pu remplir son obligation.

#### B) Les séquelles particulièrement néfastes de cette pénurie sur la prise en charge des détenus âgés

La catégorie des AICS a la singularité de présenter une part importante de seniors. Le seuil minimal généralement admis est à partir de 50 ans<sup>92</sup>. En 2006, près d'un tiers des AICS

---

91 Op. cit.

condamnés et détenus avait plus de 50 ans<sup>93</sup>. La moyenne d'âge est aussi plus élevée que celle de la population pénale globale : 44 ans, soit 8 ans de plus que la moyenne classique. La question de articulation entre le suivi médical intra et extra-muros est donc extrêmement pertinente en ce qui concerne les AICS âgés. Il faut s'intéresser ici à ceux qui purgent une peine à temps et où la possibilité d'une sortie future est concrètement envisageable. Les peines perpétuelles ou trop longues pour que le condamné puisse entrevoir l'espoir d'une sortie proche à cause de la période de sûreté éliminent par nature l'idée d'une continuité des soins vers le « dehors ».

La nécessité d'une prise en charge adaptée à l'état de santé somatique peut être un frein et surtout privilégié au soin mental alors que la dégradation de leur état psychiatrique s'effectue parallèlement à celle de leur corps. Spécialement pour les détenus purgeant une très longue peine, la détérioration de l'esprit résulte du double effet du phénomène naturel de vieillesse et des conditions du milieu carcéral. Encore plus chez des AICS âgés, le rapport au mental sera toujours dépendant de celui au physique, il y a une sorte de perte de droit à l'espoir d'une bonne santé mentale chez ce type d'individus.

L'article 763-7 du CPP dispose que pour les personnes condamnées à un SSJ avec IS qui doivent subir une peine privative de liberté, cette dernière doit être exécutée dans un établissement pénitentiaire qui permette un suivi médical et psychologique adapté. Ce n'est pas souvent le cas parmi l'ensemble des détenus classiques, c'est une chimère pour la vieillesse carcérale, c'est une utopie pour les seniors AICS. L'organisation des soins en milieu carcéral est prévue prioritairement pour un public plutôt jeune et autonome.

Les EHPAD et les maisons de retraite font déjà face à de nombreux défis en termes de capacité d'accueil. Or, les AICS âgés sortants accumulent de nombreux problèmes : de par leur âge ils nécessitent un placement dans des structures appropriées de droit commun qui sont submergées par la demande, ils sont d'anciens détenus ce qui engendre une certaine frilosité des soignants et de la direction de l'établissement quant à sa réputation, ils ont commis une infraction impardonnable qui renforce cette peur traduite par de la colère et du rejet – la représentation d'un individu contrôlé par ses pulsions l'emporte, même concernant une personne alitée et sénile –, ils sont souvent isolés socialement et financièrement, et ils doivent répondre à plusieurs obligations durant leur suivi post-pénal. Le placement dans ces structures inadaptées à leur condition est une source potentielle de

---

92 KUHLMANN Robynn, RUDDELL Rick, *Elderly jail inmates : problems, prevalence and public health*, Californian Journal of Health Promotion June 2005, volume 3, issue 2, p. 50

93 ALVAREZ Josefina, GOURMELON Nathalie, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. État des lieux et analyse de nouvelles pratiques*, CIRAP ENAP, novembre 2006, p. 18

rupture du soin. De plus, la sur-adaptation carcérale n'est pas rare et la peur d'être à nouveau stigmatisé en EHPAD sont des freins à l'adhésion et à la motivation aux soins.

À l'issue d'une longue peine, il y a une perte de repères importante, en partie causée par le changement d'équipe médicale. Changer de praticien peut donner un nouveau souffle à la thérapie – si on considère qu'elle est toujours efficace et pertinente après tant d'années – comme cela peut complètement déstabiliser et aggraver l'état de santé de personnes déjà affaiblies par une moindre résistance au changement.

La question de la prise en charge détenus sénescents n'intéresse pas du tout les politiques publiques qui préfèrent l'ignorer que de s'y pencher. Or cette catégorie oubliée d'individus est celle qui cumule à la fois les problématiques liées au milieu carcéral, à la gestion et au traitement sociétal de la vieillesse et à la santé publique. Le type d'infraction commise n'est qu'un facteur supplémentaire d'aggravation à cette liste pour leurs auteurs.

## **Section 2 : Le développement inégal des initiatives locales en réponse à un déficit structurel**

Contrairement au milieu fermé, aucun dispositif national de psychiatrie publique spécialisé dans la prise en charge des AICS en milieu ouvert n'est actuellement mis en place (§1). L'existence et la qualité de l'accueil de ces détenus sortants repose alors sur l'esprit de créativité et d'innovation des professionnels de santé (§2) quant à la création de dispositifs idoines, centrés sur les besoins du sujet.

### **Paragraphe 1 : L'insuffisance des structures déjà existantes**

Les structures psychiatriques de référence en matière de prise en charge des AICS sont caractérisées par les CRIAVS (A) et les CMPJ (B). Même si l'importance de leur action est aujourd'hui reconnue, elles ne possèdent pas encore les capacités nécessaires pour assurer des soins à la totalité des AICS sortants.

#### **A) L'action essentielle mais en manque de visibilité des CRIAVS**

Les Centres de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) sont des modèles en matière de prise en charge des AICS en milieu ouvert.

Créés par une circulaire du 13 avril 2006<sup>94</sup> puis modifiés par une seconde circulaire du 8 août 2008<sup>95</sup>, ils sont aujourd'hui au nombre de 25<sup>96</sup> sur le territoire français. Majoritairement composés de psychiatres et de psychologues, certains accueillent aussi des

<sup>94</sup> Circulaire DHOS/DGS/O2/6C no 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux

psychomotriciens, des infirmiers et même des juristes, des criminologues, des sociologues ou des membres du SPIP<sup>97</sup>.

Ils possèdent plusieurs missions : d'abord, être un lieu d'interface, de soutien et de recours pour les acteurs intervenant au long du parcours de soin des AVS. Le but est de promouvoir un travail partenarial, par exemple avec l'Église. Ils organisent des échanges professionnels de proximité ou à l'échelle départementale et régionale par le biais notamment de colloques ou formations initiales et continues. Celles-ci peuvent être croisées Santé-Justice afin de toucher soignants, magistrats – malheureusement trop peu présents – et personnels de l'AP, mais aussi à destination des étudiants de ces filières ou des médias et du grand public.

Elles sont essentielles en ce que lors des études en psychiatrie ou psychologie, le sujet des AICS et de leur soin relève tout au plus de la sensibilisation. Des formations supplémentaires existent mais s'adressent à des étudiants qui ont déjà fait le choix en amont de se spécialiser dans ce domaine. Il faut ensuite attendre des formations continues pour des professionnels déjà sur le terrain. Ce sont d'ailleurs souvent les mêmes que l'on retrouve au sein des associations ou lors des événements, d'où l'intérêt de susciter des vocations dès la formation générale des étudiants. Malgré tout, ces réunions multipartites et plus ou moins institutionnalisées restent encore rares leurs effets relatifs.

Les CRIAVS ont ensuite pour rôle d'encourager et diffuser la recherche, à l'aide de bases de données documentaires sur la question de la prise en charge des AVS comme le réseau documentaire national inter-CRIAVS en ligne, ThéséAS. À cet effet, le CRIAVS d'Aquitaine a mis en place une veille juridique au fonctionnement très perfectionné.

Enfin, ils ont en charge la prévention primaire, secondaire et tertiaire des infractions à caractère sexuel.

L'existence d'une structure spécialisée de soins n'est pas automatique et ne relève techniquement pas du CRIAVS mais elle lui est adossée, à l'aide d'un budget distinct<sup>98</sup>. À Bordeaux, collaborent ainsi avec le CRIAVS le dispositif DISPO-33 (Dispositif intersectoriel de soins pénalement ordonnés en gironde) pour le soin ambulatoire des AVS en milieu ouvert et le dispositif InterCD, l'équipe mobile de soins pour les AVS en milieu carcéral de la région Aquitaine.

---

95 Circulaire DHOS/DSS du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 dans les établissements de santé

96 Cf. annexe n°13

97 CANO Jean-Philippe, *Quels sont les rôles des différents acteurs, leur(s) mission(s) et leur articulation ? Quelle est leur formation ? Quelles informations sont à leur disposition ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018

98 *Ibid.*

L'ensemble des CRIAVS de France sont regroupés au sein de la Fédération Française des CRIAVS (la FFCRIAVS), association créée en 2008. Son but est de « *mutualiser leurs connaissances et leurs pratiques et d'initier des actions inter-CRIAVS d'envergure nationale et internationale* »<sup>99</sup>, de s'associer à des travaux de recherche, de soutenir la formation continue des professionnels des CRIAVS, de présenter les CRIAVS auprès des différentes instances publiques, de contribuer à l'information et à la documentation sur les violences sexuelles ou encore d'engager d'important projets nationaux et internationaux sur la question comme l'Audition Publique ou le Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS).

L'action des CRIAVS est aussi soutenue et complétée par l'Association Française de Thérapie des Violences Sexuelles (AFTVS) depuis 2001 grâce au psychiatre Roland COUTANCEAU et l'Association pour la recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS) créée en 1996 et présidée par le psychanalyste Claude Balier. Celle-ci soutient le développement de réseaux de soins et de formation notamment en organisant des échanges et des colloques avec des pays étrangers comme le Canada.

Malgré ces efforts, ces institutions restent encore trop peu connues et visibles, essentiellement dans les régions isolées où le CRIAVS local n'est pas développé. Comme la plupart des dispositifs qui participent au soin des AICS, les moyens sont limités et la publicité et l'efficacité de la prise en charge dépend beaucoup du dynamisme que sont prêts à montrer les professionnels localement.

#### B) Le sous-développement des centres médico-psychologiques judiciaires

Les centres médico-psychologiques sont des structures de santé rattachées aux hôpitaux publics qui accueillent tout type de patient qui en fait la demande en soins ambulatoires. Ils n'ont donc aucune spécialisation dans le soin de PPSMJ et encore moins de celles d'AICS. En effet, ils ne suivent pas de formations initiales ou continues et l'absence de consensus réel quant aux protocoles à adopter<sup>100</sup> ne pousse pas à la qualification professionnelle. Afin de désengorger les CMP déjà surchargés et d'adapter la prise en charge à la particularité des personnes en soins pénalement ordonnés, des centres médico-psychologiques judiciaires (CMPJ) (à ne pas confondre avec les unités médico-judiciaires qui prennent en charge les victimes) ont été créés. S'ils reçoivent exclusivement des PPSMJ, ils n'ont cependant pas la capacité d'accueillir l'ensemble de la population sous SPO. Et si les

---

99 Site internet de la FFCRIAVS : <https://www.ffcriavs.org/la-federation/presentation-missions/>

100 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, p. 101



professionnels y travaillant sont familiarisés avec l'univers carcéral et de la justice, ils ne sont pas nécessairement toujours à l'aise avec les AICS.

La rareté de ces CMPJ s'explique par le manque de moyens financiers alloués mais aussi par le peu d'intérêt présenté par les professionnels de santé. En effet, outre la question du consentement<sup>101</sup>, une large partie des problématiques rencontrées parmi ces probationnaires relève de l'addictologie et non de la psychiatrie pure.

## **Paragraphe 2 : Faire naître des initiatives locales diversifiées : un défi quantitatif et qualitatif**

D'autres initiatives locales singulières se développent petit à petit sous l'impulsion de plusieurs intervenants essentiellement issus du monde médical. Certaines, comme les consultations post-carcérales ont vocation à se généraliser malgré leur aspect controversé (A), tandis que d'autres affirment leur unicité (B). La route reste encore longue vers une satisfaction totale de la demande, mais les efforts qualitatifs fournis se révèlent encourageants.

### A) Les tentatives de création de « consultations sortants »

Certaines unités de consultation post-carcérale comme celle au centre du centre hospitalier Alpes-Isère sont implantées dans les régions intéressées pour les mettre en œuvre. Elles sont encore rares en raison du manque de personnel qui n'est financièrement pas mobilisable ou pas nécessairement intéressé. L'existence de ces sortes de sas vers une sortie définitive sous le régime des SPO suscite la controverse au sein du corps médical : si certains y voient un moyen de prévenir les sorties sèches et donc le risque accru de récidive, d'autres y voient seulement un détachement inutile et pénalisant des personnels déjà en sous-nombre au sein de la détention. Notamment auprès des maisons d'arrêt et donc de condamnés ayant subi de relatives courtes peines, cela peut permettre d'allonger à la fois le temps thérapeutique et social au bénéfice du condamné en situation précaire. Néanmoins ce n'est que temporaire et l'on peut craindre, particulièrement en ce qui concerne les AICS, un désengagement et une marginalisation de la part des structures de droit commun, accentuant par là la ségrégation de cette population pénale déjà stigmatisée.

Deux services administratifs ont averti qu'une telle organisation ne pouvait « être systématiquement préconisée. Leur existence est révélatrice de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler »<sup>102</sup>. Mais surtout, l'accueil de ces consultations

---

101 Cf. infra

102 Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin, IGAS et IGSJ, février 2011, p. 71

sortants n'est pas limité aux AICS qui vont devoir se tourner vers des structures spécialisées plus adaptées à leur problématique.

### B) Des projets spécialisés à l'échelon local diversifiés mais limités

Au fur et à mesure de l'évolution des mentalités et de l'intérêt porté aux AICS, de plus en plus de prises en charge spécifiques fleurissent selon différentes formules. Les professionnels de soin français s'inspirent aussi beaucoup des modèles étrangers à l'instar de l'institut Philippe-Pinel, au Québec et de son programme d'évaluation et de traitement pour adultes présentant une déviance sexuelle. Celui-ci a pour avantage d'intégrer fortement la justice par la présence d'un agent de probation au sein de l'équipe.

Les modèles sont variés, fruits de l'envie des professionnels et des ressources à leur disposition. Souvent en partenariat avec les hôpitaux psychiatriques, on retrouve par exemple le CESAVS17 (Centre, Évaluation et Soins pour les auteurs de violences sexuelles), rattaché au groupe hospitalier de la Rochelle, Rê et Aunis. Certains CMP comme celui du centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie Jura proposent des thérapies de groupe pour les auteurs de violences sexuelles. Le CESAME, à Angers, propose quant à lui des consultations de psychiatrie légale aux AVS sous main de justice.

À Neuilly-sur-Marne s'est développé en 2010 une consultation spécifique appelée l'Unité de Psychiatrie et de Psychologie Légales de Ville-Evrard (UPPL 93) à l'image de l'antenne de la Garenne-Colombe de R. Coutanceau, basée essentiellement sur le soin groupal et dont la communication avec les CPIP est facilitée par la création d'une fiche de liaison<sup>103</sup>.

Certaines organisations présentent l'avantage d'être soutenues par des plateformes référentielles AVS (PFR) existant dans plusieurs départements depuis 2015. Structures transversales intégrées à des CMP, elles bénéficient d'une dotation départementale et disposent de moyens en personnel spécifiques fléchés par l'ARS. C'est par exemple le cas du CMP d'Échirolles, qui côtoie l'unité PARI, elle aussi mobilisée dans le soin d'AICS, au sein du groupe hospitalier Alpes-Isère. Les dispositifs intersectoriels sont favorisés pour lutter contre les effets de la sectorisation en psychiatrie publique.

Au centre hospitalier de Niort, c'est l'unité spécialisée TAAGS (traitement d'auteurs d'agressions sexuelles) inaugurée dès 1997 qui propose une prise en charge thérapeutique des AICS en obligation de soins. Une réunion triangulaire entre la PPSMJ, le CPIP et le personnel soignant y est rapidement organisée après orientation par le SPIP pour proposer

---

103 Cf. Annexe n°14

un projet de soins faisant l'objet d'un bilan mensuel. Depuis sa création, cette unité a traité plus de 500 patients<sup>104</sup>.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'unité médico-psycho-judiciaire (UMPJ) au sein du CMP d'Agen assure des consultations externes médico-psycho-judiciaires aux AICS sous SPO (ou non). Son objectif est de veiller à la continuité des soins aux AICS entre les USMP de la maison d'arrêt d'Agen et du centre de détention de Eysses et le milieu libre. Ainsi, il s'agit d'éviter une perméabilité entre le CMP et les USMP. L'équipe partage son temps de travail entre le CMP et le milieu carcéral où elle refuse d'assurer une permanence pour des raisons éthiques vis-à-vis de l'AP. Le projet de service de cette unité précise bien qu'elle a vocation à diversifier l'offre de soin sur le département face à l'augmentation du nombre de personnes en SPO et non d'être l'unique lieu de prise en charge de cette population. En partenariat avec le CRIAVS Aquitaine elle assure aussi un appui pour d'autres soignants et mène des actions de formation et de recherche.

Toutes ces initiatives peuvent bénéficier en parallèle du soutien de congrès internationaux comme le CIFAS ou le IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders).

Toutefois elles restent limitées en termes de capacité d'accueil mais n'ont pas forcément vocation à s'étendre à l'identique sur tout le territoire. Étienne Blanc recommande « *de laisser les acteurs locaux trouver la formule qui leur semble la plus appropriée* »<sup>105</sup>.

## **SECONDE PARTIE : La pratique du professionnel de santé comme déterminant de la viabilité du parcours de soins de l'auteur d'infraction à caractère sexuel**

Lors de l'exercice de sa profession auprès des AICS, le soignant va devoir développer et utiliser certains instruments et techniques à hauteur des particularités présentées par public pris en charge (Chapitre 2) tout en veillant à ne pas se laisser influencer par des schémas de pensée préétablis (Chapitre 1).

### **CHAPITRE 1 : Le soignant à l'épreuve des représentations sociales**

La qualité d'un soin est inéluctablement liée à celui qui la prodigue. Lorsqu'une singularité comme celle du traitement des AICS se présente, les praticiens font face à l'obligation éthique de rechercher comment y adapter au mieux leur pratique (Section 1). Cependant,

---

104 <https://www.lanouvellerepublique.fr/niort/delinquants-sexuels-a-niort-des-mots-pour-les-soigner>

105 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, p. 121

c'est un cheminement long et exigeant (Section 2) que les soignants peuvent choisir de ne pas emprunter. Si ce qui constitue ainsi l'offre ne peut plus être assuré, c'est la demande qui en subira inévitablement les retombées.

### **Section 1 : La continuité thérapeutique tributaire d'une recherche identitaire des soignants**

Afin d'être à même, en premier lieu, d'assurer matériellement un suivi intra et extra-carcéral et en second lieu, qu'elle soit qualitative, il est essentiel pour ceux qui exercent le soin de se connaître eux-mêmes et de maîtriser leurs capacités mais aussi leurs limites (§2). À cet effet, prudence est de mise car face à des auteurs de violences sexuelles, des remises en question personnelles peuvent faire fuir des soignants profanes (§1).

#### **Paragraphe 1 : Face aux stéréotypes, la nécessaire prudence à adopter pour les soignants**

L'exercice des professionnels de santé leur impose de prendre conscience et de maîtriser les ressentis et les pensées stéréotypées auxquelles ils sont inévitablement sujets (A). Elle leur impose aussi de prendre acte du fait que les personnes avec qui ils collaborent possèdent elles aussi ces biais, parfois différents des leurs, et qu'il faut y adapter notamment leurs choix sémantiques lors de leurs évaluations écrites (B).

#### A) Le poids des biais cognitifs dans la prise en charge psychiatrique des AICS

La particularité du domaine des infractions sexuelles est majoritairement admise, que l'on soit un professionnel – de la santé, de la justice ou du social – ou un citoyen lambda. La libération des pensées autour de la sexualité elle-même et du corps humain est assez compliquée en France. Le sujet y est beaucoup plus tabou que pour nos voisins Allemands par exemple. Un sujet dont on ne parle pas, dont on ne fait pas l'expérience directement ou indirectement, conduit nécessairement à la méconnaissance. Lorsqu'un individu dévie de ce qui est communément admis, qui adopte « *un comportement qui s'écarterait des normes définies par un groupe social et qui serait réprimé par une réaction sociale de désapprobation de la part d'un groupe que celui-ci qualifie « d'entrepreneurs de la morale »* »<sup>106</sup>, l'ignorance se mue en peur.

Certaines corrélations sont illusoire : on associe une caractéristique donnée à une conséquence donnée. C'est par exemple l'idée, à tort, très répandue chez les professionnels

<sup>106</sup> Définition de la déviance par BECKER Howard dans son ouvrage *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris éditions A.M. Métailié Paris, 1963

de la justice que le risque de récidive est augmenté chez les personnes atteintes de maladies psychiatriques ou les AICS qui montrent un débordement ou une absence d'émotions. Or dans le milieu de la psychiatrie dont c'est le domaine d'expertise, il est reconnu que ces individus sont avant d'être des auteurs bien souvent des victimes.

Lorsqu'une affaire de nature sexuelle très médiatisée, spectaculaire, se produit, les professionnels encadrant l'AICS ne sont pas imperméables à la forte charge émotionnelle qui s'en dégage et tous susceptibles d'être soumis à des biais cognitifs. Un biais de disponibilité va les pousser à mémoriser et intérioriser l'information immédiate et souvent stéréotypée qui s'en dégage, sans chercher à la remettre en perspective. Par la suite, l'effet de halo<sup>107</sup> aura pour conséquence que la première impression négative que l'on a eu de la catégorie des AICS teintera de jugement négatif toutes les autres caractéristiques de cette catégorie même si on ne les connaît pas. On aura alors tendance à tirer des conclusions hâtives qui n'ont souvent pas lieu d'être, sous l'effet d'un biais d'attribution. Or, via l'effet d'ancrage, le point de vue initial du praticien ou du magistrat va colorer et imprégner tout le reste de sa réflexion et donc de sa pratique.

Les biais cognitifs relèvent de l'inévitable mais pas de la fatalité. Il ne s'agit pas de les fustiger car tout le monde en possède – dans tous les domaines : économique, politique, culturel... – mais tout le monde peut aussi les pondérer afin de redonner la valeur appropriée à la caractéristique donnée. Ainsi, le réel problème ne réside non pas dans le fait d'avoir des préjugés mais dans le fait de penser que l'on en a. L'essentiel est de se connaître soi-même pour ne pas se retrouver pris au dépourvu. Chaque personne impliquée peut, à son échelle, opérer un travail personnel. La professionnalisation et l'expérience dans ce domaine sont nécessairement des facteurs influents, mais cela commence – à des degrés différents selon le caractère de chacun – par une ouverture d'esprit et une stimulation de sa capacité d'introspection. Cet effort est concrètement et symboliquement attendu des magistrats et des soignants en ce que c'est précisément ce qu'ils requièrent de la part de leurs PPSMJ/patients et en ce que c'est ultimement une des clés d'un parcours de soin efficient.

À l'échelle gouvernementale, ces idées reçues de l'opinion publique, en partie remontées aux plus hautes instances par les professionnels, peuvent être la cause de la piètre surenchère législative actuelle par la volonté des pouvoirs publics d'honorer la démocratie

---

107 Mis en évidence par THORNDIKE Edward (1920), *A constant error on psychological ratings*. Journal of Applied Psychology, 4, 25-29, puis démontré par ASCH Solomon, SCHNEIDER Frank W., GRUMAN Jamie A., COUTTS Larry M., *Understanding and Addressing Social and Practical Problems*, Applied Social Psychology, Sage, 2005, p. 233

## B) L'impact du vocabulaire employé par les soignants sur le parcours de soins du patient

Quels que soient les intervenants, le choix de leurs mots, même les plus anodins, peuvent avoir un impact sur le parcours de soin de l'AICS. Notamment, les termes trop techniques ou du lexique psychopathologique qui ne font pas bon genre<sup>108</sup> : ces vocables sont perçus négativement par ceux qui n'en connaissent pas le sens scientifique et pris dans un contexte judiciaire, dévoient inévitablement vers « dangerosité » et « récidive ». C'est aussi le risque d'une interprétation que l'on croit faussement adaptée : pour exemple, la notion de « pervers », empreinte de déterminisme et complètement détournée de son usage clinique par la société civile, dont font partie les magistrats. Pour éviter les ambiguïtés et les amalgames, certains cliniciens renoncent alors à les employer utilement au détriment parfois d'une sorte d'auto-censure. L'écueil est d'avoir affaire à des rapports dénaturés où les mots ne sont plus spontanés mais prudemment choisis en fonction de l'interlocuteur, des organes de décision à qui ils sont adressés. Cela affecte nécessairement le sens du rapport et donc la pertinence et la légitimité de la mesure ordonnée. Sont concernés les experts mais aussi les équipes médicales surtout quand les évaluations sont transmises à des soignants non familiarisés avec les profils d'AICS.

Le « *pouvoir salvateur ou destructeur [des mots] selon l'interprétation que l'on en fait* »<sup>109</sup> touche aussi les AICS eux-mêmes lorsqu'ils accèdent à leur dossier. Le sens caché dans une expertise peut être sujet à « interprétation sauvage », réveillant ainsi des mécanismes défensifs et projectifs chez la personne<sup>110</sup>. Les mots peuvent être perçus comme l'apposition d'étiquettes stigmatisantes et influent donc comment les AICS envisagent les changements personnels qu'ils sont à même d'opérer pour la suite de leur parcours. Indirectement et en fonction de la personnalité de chacun, c'est le sens même de la peine qui est en jeu. Des profils psychologiquement faibles ou facilement influençables risqueraient de perdre leur motivation ou s'adonner à la fatalité ou encore de se braquer.

Les choix terminologiques s'avèrent donc extrêmement délicats en ce qu'ils jouent énormément sur les temps d'enjeux du parcours de soin : à son commencement en parallèle du choc carcéral, puis lors de la libération, période source d'instabilité.

---

108 ADAM Christophe, *Délinquants sexuels et pratiques psychosociales. Rester clinicien en milieu carcéral*, Larcier, 2011

109 Ibid.

110 CIAVALDINI André, *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*, In press, 2003

## Paragraphe 2 : Faire face aux AICS : un travail du soignant sur lui-même

La problématique des AICS est une source importante de contre-transferts que tous les soignants ne sont pas prêts à accepter (A). Pour ceux qui sont prêts à s'y engager, il leur faut être prêts à adopter une posture positive et encourageante au progrès (B) et non une attitude confrontationnelle contre-productive, agressive ou basée sur les faiblesses et les lacunes du patient.

### A) Une remise en question de son identité professionnelle et de ses valeurs personnelles parfois inacceptables

Particulièrement en milieu ouvert, où les soignants s'attendent moins et rencontrent effectivement moins d'AICS proportionnellement à l'ensemble de leur patientèle, ce sont les blocages personnels du professionnel qui entravent une bonne prise en charge, alors même que l'AICS serait très investi. Le manque d'expérience, de qualification adéquate et une vision stéréotypée<sup>111</sup> les poussent à refuser ou les placent dans une situation où ils se retrouvent totalement démunis. Le fait de ne pas savoir interagir avec ce type de patient et de ne pas pouvoir anticiper les conséquences négatives de cette interaction sont un risque d'impuissance que peu de professionnels sont prêts à prendre. Face à la colère ou la peur de ce que l'on va entendre et au tabou de la sexualité, l'écueil est alors d'adopter des stratégies d'évitement (en évitant de parler du problème ou en redirigeant le patient vers un collègue) ou des contre-attitudes. Celles-ci anéantissent toute chance de communication féconde, surtout en entretien individuel, voire tendent à « *renforcer le déni, la résistance au changement, l'insoumission ou la non-participation au traitement, voire, in fine, son arrêt prématuré* »<sup>112</sup>.

Éthiquement, le soignant peut se demander s'il est compétent et surtout légitime à s'immiscer aussi profondément dans la vie intime du patient et à obliger celui-ci à lui en faire part, même s'il a des comptes à rendre à la justice.

La manière dont on perçoit sa profession et ce qui en est attendu, l'histoire personnelle – être ou connaître une victime de violences sexuelles –, ou des changements de vie peuvent être à l'origine de ces freinages. Certaines thérapeutes femmes après être devenues mères, opèrent une sorte d'identification d'elles-mêmes ou de leur enfant à la victime et ne se sentent plus à même de soigner des pédophiles. Dans le cadre des SPO, un sentiment d'impuissance et de paranoïa peut aussi naître du fait que le patient habite parfois non loin.

---

111 *cf. supra*

112 HERZOG-EVANS Martine, *Exécution des peines délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques*, AJ Pénal 2012, p.632

Un danger peut-être moins envisagé et perceptible est l'égo du professionnel qui refuse d'admettre qu'il est en difficulté et persiste dans une prise en charge inadaptée.

### B) L'objectif *in fine* de toute prise en charge d'AICS : faire preuve de neutralité bienveillante

Quelle que soit l'idée et la conception que le soignant se fait des faits commis ou de son auteur, il doit faire preuve autant que possible de neutralité bienveillante. Émotionnellement, le juste milieu entre antipathie et sympathie, entre fascination et dégoût est périlleux à trouver. En dépit des biais possédés, en tant que professionnel de santé, il s'agit de porter le moins possible de jugement de valeur, d'avoir une attitude d'écoute neutre et d'avoir confiance en soi, en sa technique, en ses collègues (surtout dans le cadre des groupes thérapeutiques), afin d'éviter toute rigidité et tendre vers l'objectivité parfaite. À défaut de telles capacités, les positions personnelles risqueraient de se refléter sur le patient et ainsi d'affecter la pratique et le résultat espéré, surtout si l'AICS nie les faits. Sans faire preuve de laxisme ou de passivité qui serait anti-thérapeutiques, il faut par exemple pousser un violeur à reconsidérer ses rapports à la femme au regard de la loi et des comportements attendus en société.

Face à des étrangers, la neutralité bienveillante implique de s'intéresser à la culture de l'autre afin d'adapter la stratégie thérapeutique à cette personne qui a parfois simplement une vision, des pratiques, qui relèvent culturellement de la normalité pour lui. Particulièrement auprès d'AICS, il est recommandé<sup>113</sup> de faire preuve d'honnêteté et de sincérité, qualités que n'ont souvent pas connu ce genre de délinquants, surtout ceux pour qui le conflit est intra-familial.

Certains praticiens préfèrent ne pas lire le dossier et ne pas connaître ce qui amène le patient afin de parvenir à cette neutralité bienveillante, mais c'est aussi le risque de passer à côté d'informations déterminantes et révélatrices.

Mais particulièrement en détention, ce concept psychanalyste basé sur la souffrance et la demande du patient est souvent jugé insuffisant, surtout en ce qui concerne les AICS.

## **Section 2 : L'exercice de professions médicales auprès d'AICS, source d'isolement**

Tous les praticiens intervenant à un moment donné dans le soin des AICS partagent le malheureux point commun d'une pratique fermée et isolée (§1), tant professionnellement,

---

113 HUARD Anastasia, PAGÈS Romain, « Face aux AVS » : Comment être et rester professionnel ?, Formation perfectionnement CRIAVS, 7 mai 2019



symboliquement et physiquement pour ceux intervenant en intracarcéral. En ce qui concerne ces derniers, on peut quand même observer une différence d'intensité selon le type d'établissement dans lequel ils exercent (§2).

### **Paragraphe 1 : La solitude professionnelle et sociale des praticiens au long de la chaîne de soin d'un auteur d'infraction à caractère sexuel**

La solitude que peuvent ressentir les professionnels de santé commence dès le début du parcours thérapeutique en prison (A) pour se prolonger à l'extérieur, spécialement pour les plus vulnérables d'entre eux : les praticiens libéraux (B).

#### A) La médecine pénitentiaire et ses « praticiens de l'ombre »

Pratiquer la médecine en milieu pénitentiaire est déjà en soi un exercice inhabituel et vu comme le dernier recours pour des « soignants ratés », de seconde-zone. Pourquoi s'aventurer dans un milieu aussi hostile pour essayer de soigner des patients qui ne demandent rien et que la société dépeint comme uniformément violents, irrécupérables et ayant bien mérité ce qui leur arrivait ? Pourquoi réduire sa liberté de pratique en évoluant parfois quotidiennement dans un milieu contrôlé par la justice et sa logique répressive et sécuritaire, tout au risque de s'exclure de son milieu même d'origine, la psychiatrie générale ?

Ensuite, comment faire face à ceux que l'on considère comme au paroxysme de la délinquance : les auteurs de violences sexuelles ?

Particulièrement au sein des 22 établissements fléchés, ce double challenge est renforcé. Il est question d'aider ceux qui ont atteint une double limite sociétale en niant d'abord la loi puis les autres, apparemment plus dans une logique de défense sociale que thérapeutique.

Le manque d'attractivité du lieu et des modalités particulières d'exercice combinés à l'écécité des patients pousse un nombre insuffisant de praticiens à s'intéresser aux AICS incarcérés. Or sans eux, la continuité du parcours de soin dedans-dehors ne peut certes pas être rompue puisqu'elle ne peut, en premier lieu, pas commencer.

#### B) La solitude des praticiens libéraux face aux auteurs d'infractions à caractère sexuel

Si l'absence de formation est en grande partie dûe à la peur, à une volonté de défiance ou tout simplement par manque d'intérêt sur la question, il arrive aussi que le frein ne soit pas le résultat d'un manque de volonté. Dans les régions isolées victimes de déserts médicaux,

il est parfois compliqué d'avoir les moyens financiers et matériels ou la disponibilité de se rendre sur les lieux de formation.

En tant que praticien libéral et particulièrement dans les zones rurales où les mentalités taboues autour des AICS – que ce soit dans la population ou entre professionnels – sont exacerbés, il est parfois difficile de trouver du soutien parmi ses pairs, de se réunir pour discuter d'un problème auquel on est confronté. La permanence d'une équipe comme on peut en trouver dans les CRIAVS ou au TAAGS<sup>114</sup> peut permettre de prendre du recul sur sa propre pratique, de la remettre en question, d'échanger certaines techniques ou encore d'adapter sa stratégie thérapeutique à un patient récidiviste. De plus, ces institutions présentent l'avantage de faciliter l'accès à une connaissance pluridisciplinaire et le contact avec des membres du monde judiciaire. Beaucoup de libéraux n'ont pas de connaissance particulière des SPO et ne différencient pas OS et IS, pas plus qu'ils n'en comprennent les enjeux. L'unité ERIOS offre de doubler le suivi libéral afin de permettre un accompagnement à la fois du patient et du praticien traitant. Mais il reste difficile de se forger une réelle expérience et de s'investir sur la durée quand les opportunités de traiter un AICS en SPO se présentent très erratiquement parmi la patientèle générale au soignant.

Heureusement, les praticiens libéraux sont un choix subsidiaire lors de la sélection du médecin traitant, ce qui limite pour l'AICS le risque de faire face à un professionnel isolé thérapeutiquement, juridiquement et physiquement qui ne saura pas comment aborder son soin.

## **Paragraphe 2 : L'existence d'un tabou d'intensité variable selon l'établissement pénitentiaire considéré**

Le tabou au sein du corps soignant est nécessairement atténué quand toutes les conditions sont réunies au sein de l'établissement pour une meilleure connaissance et donc prise en charge des AICS (A). En ce qui concerne le reste des établissements pénitentiaires, le combat est loin d'être achevé (B).

### A) L'expérience des équipes soignantes au sein des 22 établissements fléchés AICS

Un des objectifs de la circulaire du 8 décembre 2008 était dans un premier temps de centrer l'attention sur le relai du soin vers les structures de santé extra-muros et ainsi de renforcer la relation entre les deux équipes intervenant successivement auprès de l'AICS. Des

---

114 RAULT Alain, LATOURELLE Jeanne, PIQUEMAL Anne, *Soigner des agresseurs sexuels à l'hôpital*, L'information psychiatrique, vol. 82, n°2, février 2006, p. 148

expériences positives et de bonnes capacités d'adaptation chez les soignants sont des qualités fortement valorisées et particulièrement opportunes.

C'est pourquoi dans un second temps, l'accent a été mis sur l'approfondissement et la consolidation des connaissances psychothérapeutiques des équipes médicales intra-muros. Notamment par la formation aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) plutôt qu'à la psychanalyse, réputée inadaptée aux AICS et objet de nombreuses controverses. Les AICS ont par ailleurs pu faire part de leur satisfaction à trouver des professionnels qui soient aguerris à leur problématique.

En Gironde, l'équipe mobile InterCD intervenant aux côtés du CRIAVS de Bordeaux se déplace hebdomadairement dans les centres de détention de Mauzac, Neuvic et Gradignan, cette-ci fois dans une visée moins éducative que thérapeutique et préparatrice à la sortie. Ils mettent ainsi leur expertise au service des équipes intracarcérales qu'ils ont intégrées à temps partiel. Toutefois, cette pratique est loin d'être diffusée sur l'ensemble du territoire, un dispositif de soin fonctionnel étant rarement associé aux CRIAVS.

### B) La méfiance persistante au sein des établissements accueillant une population carcérale « classique »

Contrairement aux 22 établissements fléchés, rien n'est spécialement mis en œuvre dans les autres prisons pour préparer les soignants à soigner des AICS. La population est plus diversifiée et donc leurs compétences doivent suivre la diversité des profils rencontrés. S'ils ont franchi un pas de plus en prenant en charge des personnes détenues, en environnement carcéral, ils ne sont pas, à l'image du reste de la société, épargnés par les appréhensions dégagées par les AICS. Le régime de détention qui n'est pas conçu spécialement pour ce type de condamnés n'aide pas le corps soignant à faire face à ses angoisses et à communiquer avec le personnel pénitentiaire pour une meilleure prise en charge. Le combat contre les idées reçues y est à la fois intra, inter et extra-professionnel.

## **CHAPITRE 2 : L'utilisation d'outils adaptés aux spécificités des AICS par les soignants**

Si les profils d'AICS sont assez diversifiés, ils ont tout de même en commun certains fonctionnements psychiques qui requièrent l'intervention continue d'approches spécialisées comme le groupe (Section 1) ou de techniques de motivation protéiformes adaptées à leur problématique (Section 2).

## **Section 1 : Le soin de l'auteur d'infraction à caractère sexuel par l'approche communautaire**

La prise en charge par le groupe est un *modus operandi* sous-employé au sein de la population générale ou même celle carcérale. Désormais en concurrence avec la prise en charge individuelle de base pour les AICS (§1), il fait écho aux mesures de justice restaurative qui entretiennent des liens étroits avec les groupes thérapeutiques (§2).

### **Paragraphe 1 : L'équilibre fragile entre une prise en charge individuelle et une prise en charge groupale**

Le développement de la thérapie par le groupe est fortement encouragé (A), pour autant, il se heurte à certaines limites autant matérielles que de l'ordre psychique ou humain (B).

#### A) L'essor du système de groupe dans la prise en charge psychiatrique des AICS

Le traitement psychique des AICS est historiquement exécuté au sein de la relation individuelle classique soignant-soigné. Mais en ce qui concerne leur problématique, est apparue depuis une vingtaine d'années une approche plus collective du soin sous la forme du groupe thérapeutique. En général composé d'une dizaine de participants maximum et de deux cothérapeutes minimum, il s'organise aujourd'hui autant en milieu carcéral qu'en milieu ouvert, car reconnu à titre de SPO. Si la technique clinique est identique, le cadre légal, les enjeux, l'environnement et les autres membres du groupe ne sont pas les mêmes. La reconnaissance des groupes est croissante, pourtant, elle n'a pas vocation à remplacer la prise en charge individuelle mais plutôt soit à la compléter, soit à proposer une palette de choix thérapeutiques alternatifs. Opter pour l'un ou pour l'autre tient à des raisons propres au patient et/ou au thérapeute. L'individuel est plus recommandé aux AICS avec une bonne capacité d'introspection et de concentration, ce qui est loin d'être le cas de la majorité de cette population. Le groupe, sorte de médiation relationnelle, est conseillé aux patients angoissés, ayant une mauvaise verbalisation et globalement peu de culpabilité et de motivation au traitement. Outre son aspect résolument moins chronophage, il fournit à ses membres un contenant psychique et leur permet de se sentir moins stigmatisés ou jugés, d'échanger avec des individus dans une situation similaire et ainsi favoriser un sentiment d'appartenance. C'est un environnement privilégié à la transition, un « *sas entre la réalité interne de la personne et le monde extérieur : suffisamment protecteur pour offrir un soutien narcissique, suffisamment ouvert à l'Autre pour permettre de risquer une évolution* ».

vers la croissance »<sup>115</sup>. C'est donc l'occasion de travailler le rapport à l'altérité, à la subjectivisation et donc de se réappropriier la norme et de se responsabiliser. La parole du thérapeute peut aussi prendre une place et avoir un impact différent : elle peut être perçue comme moins moralisatrice. Le soignant animateur peut être rassuré par la présence d'un coanimateur, de l'effet de groupe diluant et miroir permettant la fragmentation des transferts de certains AICS manipulateurs. Ainsi, il peut accepter une prise en charge qu'il n'aurait pas assumée en individuel. Pour les AICS les plus en retrait et pour qui la relation duale avec le professionnel de santé est paralysée, insatisfaisante, inadaptée ou encore arrivée à son terme, assister au groupe permet quand même une évolution progressive au fur et à mesure des séances.

Avoir la chance de pouvoir expérimenter ces deux modalités de prise en charge en détention permet de stimuler l'alliance thérapeutique et une orientation moins tâtonnante des soins une fois à l'extérieur en ambulatoire. Les soignants intracarcéraux savent alors s'ils doivent privilégier un contact avec un CRIAVS qui sont les meilleurs habilités à exercer le soin en groupe où s'ils peuvent éviter de surcharger ces structures en les renvoyant vers un CMP ou un médecin libéral.

### B) Les limites opposées par la prise en charge groupale

Si les bienfaits des groupes sont reconnus, ils se heurtent néanmoins à plusieurs difficultés quant à leur constitution, particulièrement en milieu carcéral. Dans les locaux de l'AP en détention et surtout pour les établissements (majoritaires) qui ne sont pas le siège d'un SMPR ou fléchés AICS, la place et le personnel manque. Réussir à faire venir les AICS en premier lieu, puis assurer la régularité de leur venue est un défi additionnel. Entre leur emploi du temps organisé et contrôlé par l'AP, leur peur d'être repérés, parfois un trop faible nombre d'entre eux intéressés ou présents au sein de l'établissement, les transferts réguliers en maison d'arrêt, la sélection des profils par les soignants et la disponibilité de ces derniers, la fréquence et donc les bienfaits des groupes peut vite devenir épisodique.

À l'extérieur, on constitue presque inévitablement des groupes dont les membres ont une expérience complètement différenciée de ce type de soins. Pour certains, le concept est totalement inédit tandis que d'autres sont largement familiarisés au fonctionnement groupal ; certains ont testé des groupes de parole, d'autres par l'intermédiaire d'un support comme le « Qu'en dit-on ? »<sup>116</sup>. Les modalités peuvent être déclinées à l'infini.

---

115 MARX Christophe, Soins psychologiques obligés des agresseurs sexuels : impasse ou défi réaliste ?, Psychopathologie : rejoindre l'archaïque, octobre 2010, Actualités en analyse transactionnelle, 2010/4, n°136, p. 11

En raison de contraintes allégées, les structures du milieu ouvert disposent d'un choix plus étendu quant à la sélection des participants en fonction de leur infraction (pédophilie, viol, inceste, exhibitionnisme...) et leur répartition au sein d'un panel de groupes plus élargi. Le CRIAVS de Bordeaux possède à cet effet un « groupe accueil » donnant aux soignants un premier regard et une idée de la répartition future des membres au sein des différents groupes existants. Stabilité, régularité et diversité y sont favorisés.

La conduite par un même thérapeute des deux types de séances – individuelles et groupales – n'est pas recommandé<sup>117</sup> et certains psychologues du CRIAVS Aquitaine le refusent effectivement. Or, cela peut vite s'avérer problématique à organiser dans les petites équipes médicales ou en manque de personnel.

Enfin, les groupes présentent quelques limites cliniques : L'AICS ne doit pas être en mesure de tout ramener à lui, ne doit pas présenter de troubles paranoïdes importants, ne doit pas non plus y trouver l'occasion de stimuler et satisfaire ses fantasmes sexuels déviants ce qui pervertirait le processus thérapeutique<sup>118</sup>.

Il est difficile de mesurer l'efficacité de ces groupes en raison de la multitude de paramètres entrant en jeu mais ceux-ci ont au moins le mérite de venir alimenter la boîte à outils thérapeutique à disposition des soignants.

## **Paragraphe 2 : Quelle place pour les cercles de soutien et de responsabilité et la justice restaurative ?**

Très peu développés en France (B), les mesures de justice restaurative ne sont pas des SPO (A) mais représentent pourtant un soutien non négligeable au suivi thérapeutique, notamment car mis en place à cheval entre l'incarcération et la libération afin d'assurer la fluidité du changement de régime, habituellement moment propice à la rupture.

### A) Des concepts étrangers aux soins pénalement ordonnés

L'article 10-1 du CPP instauré par la loi du 15 août 2014 définit la justice restaurative comme « *toute mesure permettant à une victime ainsi qu'à l'auteur d'une infraction de participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment*

---

116 Le « Qu'en dit-on ? » est un support d'expression de groupe développé par l'équipe du SMPR d'Angers en 2003. Il aborde la question de la violence sexuelle moins par le biais de la sexualité que par les valeurs qui fondent le lien social. Il explore le champ des représentations et des attitudes et le lien à autrui et à la loi.

117 BATTEGAY Raymond, *Individual psychotherapy and group psychotherapy as single methods and in combination*, Acta Psychiatrica Scandinavia, février 1972, vol° 48, issue 1, p. 43-48

118 TARDIF Monique, *La psychothérapie de groupe avec des agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique et systémique*, Forensic numéro spécial, mars 2004

à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission ». C'est « un espace de dialogue inédit, professionnel et sécurisé de paroles et d'échanges sur les ressentis, les émotions, les attentes de toutes les personnes concernées par une infraction. Elle leur permet pour la première fois, de dialoguer, de poser les questions du « pourquoi » et du « comment » de l'infraction, et de tenter d'y répondre »<sup>119</sup>.

Plusieurs modalités existent comme les rencontres auteurs-victimes d'un même type d'infraction ou encore les cercles de soutien et de responsabilité (CSR), inscrits à titre de mesure de justice restaurative par une circulaire du 15 mars 2017<sup>120</sup> et réservés aux AICS. Composés de deux cercles de bénévoles (cercle interne) et de professionnels (cercle externe), ils ont vocation à être mis en place 6 mois avant la libération et à se poursuivre dehors pour une durée totale d'environ un an. Ces cercles ont pour mission de soutenir la personne contre la solitude – fréquente chez les AICS en raison de la nature et la longueur de la peine – tout en la responsabilisant pour prévenir une future récidive. Dans ces réunions hebdomadaires, bénévoles et professionnels veillent à développer des sentiments de confiance et d'empathie chez l'auteur pour lui permettre de vivre en société et « d'avoir accès à des sortes de « guides pro-sociaux » »<sup>121</sup>.

Mais aujourd'hui, ces CSR n'ont pas de visée thérapeutique, ils ne sont pas considérés comme des soins. Ils ne peuvent donc pas être expérimentés à titre de SPO ordonné par la justice et ce n'est de toute façon pas leur ambition. Même s'ils agissent sur le psychisme de l'individu, et que les effets peuvent être confondus, le processus n'est pas le même.

Par ailleurs, c'est l'entrée originale de la société civile dans le parcours pénal de l'AICS, représentée par les bénévoles qui ne sont jamais des professionnels de santé. Ils fournissent un cadre informel, différent de celui professionnel entre soignant-soigné, dans lequel certains AICS peuvent mieux se retrouver.

Ces cercles sont souvent destinés à des récidivistes pour lesquels le traitement thérapeutique et la réinsertion ont échoué. Ils peuvent ainsi venir compléter ou asseoir la stratégie de soin – notamment par la présence de bénévoles formés et expérimentés à la problématique des AICS – ou favoriser l'adhésion aux soins, dans l'espoir qu'une combinaison des encadrements parvienne enfin à stopper le passage à l'acte. Les CRIAVS

---

119 <http://www.justicerestaurative.org/>

120 Circulaire du Ministère de la justice du 15 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la Justice restaurative

121 WILSON Robin, McWHINNIE Andrews, HERZOG-EVANS Martine, *Les cercles de support et de responsabilité*, AJ Pénal, 2012, p.636

se disent prêts à accueillir ce type de dispositif notamment au regard du cercle externe, dans lequel ils pourraient intervenir<sup>122</sup>.

### B) Les balbutiements français quant à la reconnaissance d'une pratique existante

Les CSR ont été initiés en 1994, 1995, en Ontario au Canada. Plusieurs études canadiennes montrent que leur mise en place auprès d'AICS a fait baisser de 70%<sup>123</sup> à 83%<sup>124</sup> la récurrence d'infractions sexuelles, de 57 % à 73 % la récurrence d'infractions violentes (y compris les violences sexuelles) et de 35 % à 71 % le risque de récurrence globale. Au vu de ces statistiques et des 25 années de pratique canadiennes, on aurait pu croire que la France s'en serait inspiré pour banaliser ce concept au sein de la justice française, d'autant plus qu'un nombre croissant de pays commencent à les adopter comme les États-Unis, le Royaume-Uni (Circles-UK), les Pays-Bas (Circles-NL) ou encore la Belgique.

Ces résultats sont à relativiser en ce qu'ils sont fortement liés au fonctionnement de la société dans laquelle ils sont expérimentés. Le Canada, pionnier dans le développement d'approches parallèles à une justice purement rétributive comme il domine largement en France, surtout vis-à-vis de l'inflation pénale dans le domaine des infractions sexuelles, se repose beaucoup sur son esprit communautaire très développé. Face à l'individualisme français, le peu de mobilisation des bénévoles et le manque de temps et de financements malgré une recommandation de 2012<sup>125</sup>, les CSR restent compliqués à mettre en œuvre encore aujourd'hui. En témoigne le projet de « *La mise en place des Cercles de Soutien et de Responsabilité (CSR) en Hauts de France* », journée d'information et de partage organisée par l'URSAVS le 10 octobre 2017. Il faudra attendre le 29 mai 2019 pour qu'un comité de pilotage se penche sur la convention multi-partenariale établie le mois précédent. Néanmoins, même si le chemin à parcourir pour que les CSR puissent agir comme facilitateur de la continuité des soins dedans-dehors pour les AICS est long, ils sont une réalité et en voie d'expansion par exemple via le projet Européen « circles4EU »<sup>126</sup> et le SPIP des Landes qui bénéficie du soutien du CSR du Québec.

122 COCHEZ Florent, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018

123 WILSON R.J., McWHINNIE, A.J., PICHECA J.E., PRINZO M., *Evaluating the effectiveness of professionally-facilitated volunteerism in the community-based management of high risk sexual offenders : PART ONE-Effects on participants and stakeholders*, Howard Journal of Criminal Justice, vol. n°46, 2007 b, p.289-302 et *PART TWO-A comparison of recidivism rates*, Howard Journal of Criminal Justice, vol. n°46, 2007 c., p.327-337

124 WILSON R.J., McWHINNIE, A.J., PICHECA J.E., PRINZO M., F. CORTONI F., *Circles of Support & Accountability : Engaging community volunteers in the management of high-risk sexual offenders*, Howard Journal of Criminal Justice, vol. n°46, 2007 a, p.1-15.

125 BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, recommandation 24, p. 141



## **Section 2 : L'approche motivationnelle aux soins au long de la chaîne pénale**

Tout au long du parcours thérapeutique, le soignant aura pour rôle de pérenniser l'adhésion de l'AICS par la stimulation d'une motivation au changement et au traitement (§2), habituellement faible chez les AICS. Les équipes médicales successives tentent ainsi d'y parvenir sous le prisme de la notion de consentement (§1).

### **Paragraphe 1 : La nécessaire adaptation du cadre thérapeutique à la particularité du consentement pénalement encadré**

Comme le rappelle l'article L1111-4 du CSP, l'acte médical n'existe pas sans consentement. Lorsque celui-ci se trouve être absent, dévoyé ou intéressé (A), le soignant se doit parfois difficilement de respecter la déontologie et l'éthique qui caractérisent sa profession tout en essayant de satisfaire les exigences légales imposées par la justice (B).

#### A) Les limites de l'incitation aux soins en détention

Au sein du parcours de soins, plusieurs régimes thérapeutiques se succèdent. *A priori*, aucune idée d'obligation de se faire soigner intra-muros. À défaut de SPO, on parlera simplement d'une incitation aux soins. C'est l'idée d'un soin contractuel plutôt qu'autoritaire. Et ce, pour des raisons déontologiques, éthiques et de libertés publiques dans le but de trouver un équilibre entre protection de la société et préservation des libertés individuelles (inviolabilité du corps humain). En ce qui concerne les AICS condamnés à un SSJ avec IS à leur sortie, le JAP les informe de la possibilité d'entreprendre un traitement, cette information pouvant être renouvelée tous les ans en cas de refus<sup>127</sup>. En cas de refus initial, quelques prisons fléchées comme Melun rappellent le patient dans les 3 mois après son arrivée.

Comme tous les condamnés, les AICS peuvent bénéficier de crédits de réduction de peine et de réductions supplémentaires de peine ou d'une libération conditionnelle. Seulement, ils sont informés qu'en cas de refus ou de mauvais suivi du traitement médical, ces mesures peuvent être réduites, voire leur être entièrement retirées ou non accordées<sup>128</sup>. Ce jeu entre accord ou retrait d'avantages faisant ainsi du soin une sorte de « carotte » a poussé certains auteurs à parler d'illusion du consentement<sup>129</sup>, de consentement par le chantage ou de

126 COCHEZ Florent, DELAGE Alice, *Rapport de recherche : « Étude de faisabilité, étude d'adaptation et plan d'adoption pour l'implantation des CSR en France »*, 11 janvier 2015, Projet Circles4EU, (2013-2015)

127 Article 763-7 alinéa 2 du code de procédure pénale

128 Article 721 alinéa 2, article 721-1 alinéas 1 et 2 et article 729 alinéa 5 du code de procédure pénale

129 DUBRET Gérard, *Obligation et continuité des soins pour les auteurs d'infractions sexuelles. Modalités d'accès aux soins. Difficultés du suivi ambulatoire*, L'information psychiatrique, n°5, mai 2001, p. 478

consentement pression<sup>130</sup>, ce qui n'en fait donc pas un consentement libre et éclairé. Finalement, le principe de l'incitation de soin ne diffère pas tant de celui d'une IS puisque le consentement est prosaïquement contraint par la menace de refus de LC ou les aménagements de peine de l'article 763-7 du CPP<sup>131</sup>. Cependant, faire disparaître tout espoir en prônant des peines incompressibles, c'est anéantir toute possibilité de faire émerger une demande de soin.

Le défi est alors de réussir à contourner l'opportunisme et l'utilitarisme des demandes d'attestations de l'article 717-1 du CPP afin de faire émerger un besoin thérapeutique authentique. Lorsque les demandes sont intéressées et que le condamné ne souffre d'aucune pathologie particulière, les soignants n'hésitent pas à refuser un soin qui ne serait qu'une soumission passive du condamné et donc une perte de temps pour chacune des parties. Le cadre tout de même moins strict que les SPO de l'incitation peut contribuer à faciliter le dialogue soignant-soigné.

Certains thérapeutes considèrent néanmoins que la thérapie n'est pas compatible avec la détention – ce qui peut être le cas selon l'établissement considéré – et que l'on a seulement affaire à un suivi pré-thérapeutique qui prépare au suivi post-carcéral. Or, il est fréquemment médicalement recommandé d'entamer les soins en détention et particulièrement juste après l'incarcération. Le choc carcéral peut être l'occasion d'un réaménagement, d'« une sorte de « fenêtre » dans des défenses psychiques souvent particulièrement rigides de ces auteurs »<sup>132</sup>. Ce travail est souvent réalisé lorsque l'AICS n'est encore que prévenu mais peut aussi trouver application lorsqu'il n'a pas fait l'objet d'un mandat de dépôt avant sa condamnation.

Seulement, les AICS incarcérés font face à des problématiques qui leur sont propres : désignés comme les « pointeurs » et souvent repérés comme tels en raison de leur âge, ils sont très stigmatisés et violentés par le reste des détenus. Cette ségrégation est un frein à une démarche pro-active en ce qu'ils refusent alors de consulter régulièrement et de venir aux groupes. C'est particulièrement le cas dans les établissements qui ne sont pas fléchés, or cette situation n'est pas forcément comprise par les personnes extérieures au fonctionnement carcéral. Pour les magistrats notamment, le risque d'amalgame entre ce refus de soin et le manque de motivation est élevé. Pourtant, selon la théorie de

---

130 MISTRETTA Patrick, *L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal*, revue internationale de droit pénal, 2011/1, vol° 82, p. 19-39

131 Article 763-3 alinéa 3, article 729 alinéa 5 et article 731-1 du code de procédure pénale et article 131-36-4 du code pénal

132 CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.11

l'autodétermination, la motivation ne saurait être déterminée par une dichotomie absence/présence mais relève plutôt d'un processus dynamique évolutif, en fonction de paramètres intrinsèques (diminution d'expériences émotionnelles négatives, volonté de vivre une vie meilleure...) et extrinsèques (pressions familiales, légales...) au patient<sup>133</sup>.

#### B) Consentement et soins pénalement ordonnés : la méfiance des soignants

Les défauts de spécialisation du personnel médical et para-médical dans la problématique clinique des AICS entraînent fréquemment une résistance passive, voire un rejet de cette population au sein des services de santé de droit commun : Premièrement, le contrôle extérieur opéré par les magistrats, les CPIP, le psychologue PEP et le médecin coordonnateur pour une IS, via l'obligation de décerner une attestation peut gêner certains praticiens. Une simple méconnaissance des rouages de la justice peut aussi suffire. Deuxièmement, il apparaît inadmissible, éthiquement parlant, de privilégier des PPSMJ sur la population libre, spécialement en cas de personnel disponible déficitaire.

Ce rejet est encore plus fort à l'égard d'une population dont la nature sexuelle de l'infraction choque, dégoûte, effraye, est réputée dangereuse, perverse incurable, peu demandeuse de soin car sans souffrance, dans le déni, indisponible à l'introspection et présente uniquement parce qu'elle y est judiciairement contrainte (obstacle insurmontable pour les psychanalystes) ou par pur opportunisme. Les traiter seraient de vains efforts de surveillance plus que de soin dont le seul résultat serait une perte de temps. Certains CPIP vont même jusqu'à recommander de ne pas révéler la nature sexuelle de l'infraction avant plusieurs rendez-vous<sup>134</sup>, empêchant parallèlement une prise en charge adéquate.

De manière générale, les praticiens peu habitués à être en contact avec la population pénale ainsi que certains habitués, ne savent pas ou ne veulent pas exercer sans le consentement de leur patient. Le fait que la plupart des AICS se révèlent finalement exempts de pathologies mentales et le risque que les consultations soient trop espacées ou irrégulières et puissent nuire à la qualité du suivi sont aussi un facteur de refus.

À l'aune de tous ces facteurs, les praticiens ne sont pas prêts à mettre tout en œuvre pour respecter l'obligation de moyens requise par la justice. Certains s'y essaient en acceptant de recevoir le patient mais refusent finalement d'aborder tout ce qui a attiré au passage à l'acte ou qui pourrait s'avérer gênant, réduisant par là le suivi à un simple trompe-l'œil.

---

133 BERTSCH Ingrid, CANO Jean-Philippe, *Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques*, *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2015) 25, p.51

134 GAUTRON Virginie, *Colloque : Aux frontières des peines : soigner les criminels*, 11 avril 2019, Toulouse, organisé par le CRIAVS-MP

## **Paragraphe 2 : L'adhésion du patient aux soins en milieu libre : un défi pour les équipes intra et extra muros**

Le relèvement d'un nombre important de contraintes lors de la libération, en premier lieu celle de la privation de liberté, peut être associé par l'AICS à un relèvement de la contrainte thérapeutique (A). Il est alors d'un défi multi-institutionnel, d'autant plus renforcé dans les cas où l'AICS n'a jamais reconnu les faits (B), de faire en sorte qu'il adhère de son plein gré à son SPO.

### A) La désincarcération ou un encadrement allégé propice au décrochage du patient

La détention fournit un contrôle total du quotidien, un cadre qui se veut rassurant et structurant pour les plus fragiles psychiquement. Ce milieu codé et réglé convient très bien à beaucoup de personnalités d'AICS. Particulièrement pour les détenus ayant purgé une très longue peine, la perte de repères, la désocialisation en détention et le retour dans l'adversité du dehors peut être brutal. Même si la préparation à la sortie est bien réalisée par les CPIP, que certains aménagements de peine ont permis un bref retour dans la société – la semi-liberté est particulièrement adaptée – et que le relai des soins paraît assuré, le passage d'une surveillance infantilissante à une responsabilisation contrainte de soi ne peut être entièrement anticipé. Particulièrement pour ceux pour qui tout est à reconstruire au plan socio-économique – perte de la famille et/ou amis, isolement affectif et social, trouver un travail – ou bien qui doivent composer avec un employeur ignorant de leur situation pénale, le soin passe souvent au second plan : « *Les situations de marginalisation sociale influencent inévitablement l'investissement dans les soins, lorsque s'assurer des conditions minimales d'existence occupe tout l'espace psychique* »<sup>135</sup>, d'où l'importance de la collaboration avec le SPIP. La situation de précarité peut démotiver mêmes les AICS les plus motivés et engagés dans leurs soins. L'éloignement du médecin traitant ou du médecin coordonnateur et les difficultés de transports sont une complication rencontrée de manière récurrente<sup>136</sup>. De plus, les soignants ne sont pas les seuls interlocuteurs avec qui ils doivent jongler. Répondre aux convocations des professionnels sociaux et de la justice peut avoir des conséquences vitales – perception d'un revenu, recherche de logement – et judiciaires – sanctions pénales en cas de non-respect. Le risque est de faire trop en voulant bien faire et

---

135 GAUTRON Virginie, *Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ?* Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.19

136 Cf. annexe n°15

qu'il en résulte que le cumul d'un contrôle judiciaire et médical s'avère contre-productif sur le plan de la réinsertion sociale<sup>137</sup>.

Or ce passage du milieu fermé à libre est un temps d'enjeu : déstabilisant, il est le plus favorable à une rupture du parcours de soins (par l'absentéisme aux rendez-vous médicaux mais aussi par la reprise de consommation de toxiques) et donc à la récidive. Il peut arriver que certains AICS effectuent la totalité de leur parcours de soin auprès d'un même praticien – par pénurie de personnel ou par choix du patient ou du traitant – ce qui assure le maintien de l'alliance thérapeutique. Il n'est pas question de sortie sèche, le secret médical ne constitue plus un obstacle, l'AICS n'a pas à rechercher de nouveau thérapeute compétent et à lui répéter son histoire, il est inscrit dans une relation de confiance et d'attachement durable et enfin, cela est vu d'un bon œil par la justice en ce que c'est la garantie d'une existence effective du SPO.

L'adhésion du patient est d'autant plus dure à obtenir en milieu libre que certaines PPSMJ, malgré une condamnation à un SSJ parfois *ab initio*, considèrent avoir purgé l'entièreté de leur peine et leur dette à la société pendant l'incarcération. Leur sortie constitue pour eux le moyen d'aller de l'avant, de se réinsérer socialement et de ne plus repenser aux faits. Or les soins constituent un obstacle à cet épanouissement en les ancrant dans le passé. Les empêcher de vivre une vie normale, professionnellement et personnellement, peut avoir un effet marginalisant ce que les AICS ne connaissent et ne craignent déjà que trop bien.

### B) Le challenge particulier présenté par les AICS négateurs

Le DSM-IV définit le déni comme une réponse au conflit et au stress « *en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe, ou de l'expérience subjective qui serait évidente pour les autres* ». C'est un mécanisme défensif et protecteur archaïque qui « *procure l'impression de percevoir l'entièreté de la réalité objective alors qu'il n'en perçoit qu'une partie* »<sup>138</sup>. Quelle que soit l'intensité de ce déni, il se retrouve fréquemment chez les AVS. On retrouve ainsi plusieurs formes : négation totale de la commission des faits, minimisation des conséquences que l'acte a pu avoir sur la victime et estimation de son propre risque de récidive à zéro, croyance légitime que l'infraction n'en était pas une, l'estimation d'une absence de défaut de consentement ou encore le fait d'être au centre d'un complot de la part de l'entourage, de la victime ou de la justice. Enfin, d'autres cachent ce déni sous des remords de façade, notamment lors des expertises. Quand les

---

137 GAUTRON Virginie, *Colloque : Aux frontières des peines : soigner les criminels*, 11 avril 2019, Toulouse, organisé par le CRIAVS-Midi-Pyrénées

138 VERSCHOOT Odile, *Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Approche psycho dynamique*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p. 8

autorités judiciaires y voient souvent un facteur de récurrence et donc l'occasion de durcir le niveau de contrôle judiciaire et sanitaire, beaucoup de soignants y voient aussi un obstacle au traitement et donc à terme, un facteur de risque.

Il est vrai que pour bon nombre de négateurs, une perspective de changement, un aboutissement du soin, paraît inatteignable, notamment pour les soignants qui se retrouvent démunis face à l'échec de tous leurs angles d'approche. La conférence de consensus de 2001 estime d'ailleurs que la négation des faits constitue une contre-indication absolue à une IS ou OS. *A contrario*, les autorités judiciaires affirment que c'est justement l'occasion d'une réflexion sur le passage à l'acte. En effet, le déni peut évoluer selon par qui il est recueilli et à quel moment du PEP.

Cependant, certains dénis sont les conséquences de distorsions cognitives, par exemple le pédophile qui interprète certains comportements de l'enfant comme sexuellement provocateurs. Un travail thérapeutique peut permettre de contourner le déni qui, en lui-même n'en est pas réellement un, et se focaliser sur la vraie base du problème : la distorsion. De même, le fait de se concentrer sur le futur de la PPSMJ, de l'inciter à se demander comment elle envisage la suite de sa peine et de son soin, permet *a minima* de préserver la relation thérapeutique avec le soignant ce qui est essentiel.

La nature sexuelle de l'infraction rend l'admission de la responsabilité particulièrement ardue d'abord pour l'auteur et ensuite envers les autres. Le sentiment de honte associé à un tel acte est si fort qu'il est impossible révéler à autrui ce qu'il s'est passé.

Seulement, la reconnaissance de culpabilité et d'empathie envers la victime démontre une certaine transparence et atténue la méfiance des autorités judiciaires ce qui facilite l'accord d'aménagements et de réductions de peine et donc la réinsertion.

Face à des AICS négateurs sans trouble psychiatrique avéré, les soignants des CRIAVS ont été amenés à se demander : « *doit-on délivrer une attestation de soin ? ou de présence ? La justice fait-elle une différence ? Peut-on (ou doit-on) interrompre le suivi ?* »<sup>139</sup>. Cela place des professionnels du soin dans l'inconfortable position de juger de la légitimité de leur intervention et de l'existence du soin, rôle normalement dévolu au juge appuyé des experts. Il s'agit de faire réaliser à l'AICS que le soin est avant d'être une contrainte, une chance de comprendre pourquoi l'autrui a été nié dans le passage à l'acte.

En tout état de cause, c'est au soignant que revient la lourde tâche de faire émerger la demande de soin et de ne pas l'abandonner ou la refuser, même lorsqu'il a l'impression que celui-ci ne mène nulle part, est vide de sens et lui fait perdre un temps précieux.

---

139 COCHEZ Florent, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, p.12

## CONCLUSION

---

À se demander pourquoi soigner et ne pas se contenter de punir des AICS qui ont commis l'irréparable et ne démontrent généralement aucune souffrance, on se contente souvent de l'incurie sociétale comme réponse. Mais pour ceux qui ont décidé d'offrir cette aide médicale, de nombreux défis sont à surmonter afin d'assurer une continuité et une pérennité de leur action.

Envisager la continuité thérapeutique entre la détention et le milieu libre, c'est d'abord la recontextualiser au sein de ce qu'est le parcours de soin qui possède un début sous le régime de l'incitation aux soins intracarcéral, un milieu lors de la libération et une fin en soins pénalement ordonnés en milieu libre. Cette continuité temporelle verticale n'est permise que par l'assurance de celle horizontale entre tous les différents intervenants. Progressivement, au gré d'une conciliation idéologique et matérielle des objectifs déontologiques et éthiques sanitaires et sécuritaires judiciaires de prime abord aporétiques, le soignant apprend tant bien que mal à intégrer le cadre judiciaire et social à sa pratique.

La prévention de rupture dans le parcours de soin est aussi dépendante d'un défi plus interne : afin d'assurer une prise en charge qui ne soit pas seulement existante mais aussi efficace, les praticiens se doivent de régler tout questionnement auto-identitaire préalablement à l'exercice de leurs compétences. Les AICS doivent faire face à des professionnels qui soient à même de connaître et traiter cliniquement leur problématique particulière dans un environnement tout aussi singulier, tout en ayant la capacité d'appréhender les enjeux en présence et de communiquer sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Pèse aussi sur eux la lourde charge de faire adhérer le patient à son traitement sous peine de superficialité qui anéantirait tout l'intérêt de la mise en place d'un parcours de soin.

Face au précautionnisme social, aucune panacée n'est encore en vue actuellement mais malgré les manques de moyens, l'impulsion des dispositifs locaux permettra peut-être à terme de procéder à une longue démystification inter-générationnelle et inter-champs du sujet des violences sexuelles et de leurs auteurs judiciairisés. En résultera alors une amélioration des relations à la fois avec le condamné lui-même et avec la justice, pour un suivi ininterrompu et indifférent du passage de l'AICS du dedans au dehors.

En somme, la continuité des soins dedans-dehors est dépendante de complications tenant d'une part au milieu carcéral, d'autre part au milieu ouvert et globalement d'aléas longitudinaux et transversaux, en écho à la pauvreté des mécanismes existant en aval du passage à l'acte.

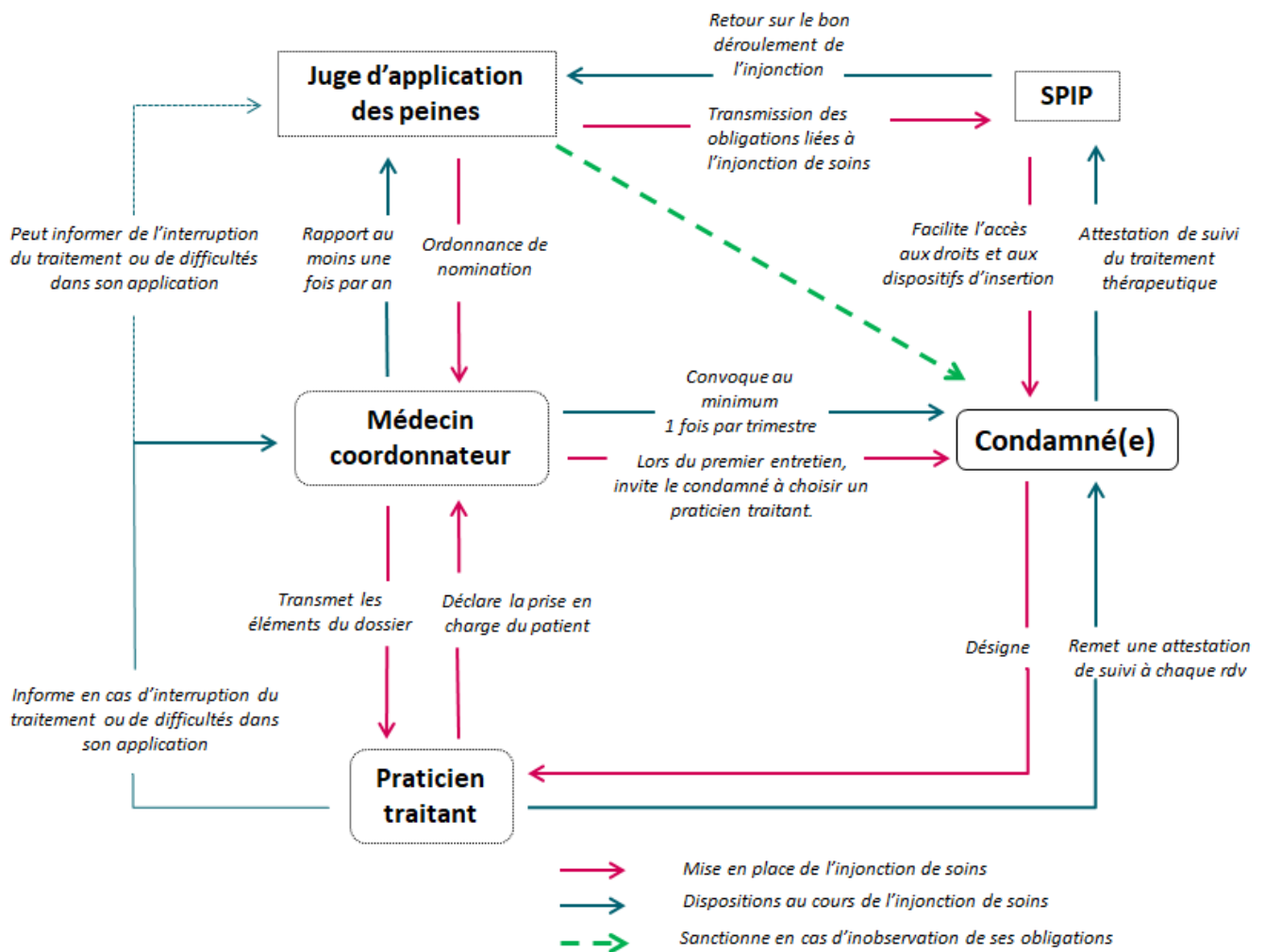
# ANNEXES

---

<u>Annexe 1</u> : Les principaux acteurs de l'injonction de soin.....	60
<u>Annexe 2</u> : Nombre de personnes écrouées par infraction principale au 1 <sup>er</sup> janvier 2014....	61
<u>Annexe 3</u> : Répartition des personnes condamnées et détenues en fonction de l'infraction principale au 1 <sup>er</sup> juillet 2018.....	62
<u>Annexe 4</u> : Répartition de l'injonction de soin en fonction du type d'infraction.....	63
<u>Annexe 5</u> : Schéma de l'intercontenance.....	64
<u>Annexe 6</u> : Carte des 22 établissements labellisés AICS au 1 <sup>er</sup> novembre 2011.....	65
<u>Annexe 7</u> : Effectifs des AICS en fonction du type d'établissement au 1 <sup>er</sup> novembre 2011. .....	66
<u>Annexe 8</u> : Répartition des AICS écroués au 1 <sup>er</sup> novembre 2011.....	67
<u>Annexe 9</u> : Régions possédant des médecins coordonnateurs.....	68
<u>Annexe 10</u> : Evolution des médecins coordonnateurs 2006-2011.....	69
<u>Annexe 11</u> : Crédits alloués aux CRIAVS 2005-2011.....	70
<u>Annexe 12</u> : Âge moyen des AICS au 1 <sup>er</sup> novembre 2011.....	71
<u>Annexe 13</u> : Carte d'implantation des CRIAVS de France.....	72
<u>Annexe 14</u> : Fiche de liaison entre les CPIP et l'équipe médicale de l'UPPL93.....	73
<u>Annexe 15</u> : Illustration de refus de groupe par un patient en raison de ses difficultés de transport.....	74



## Annexe n°1 : Les principaux acteurs de l'injonction de soin



## Annexe n°2 : Nombre de personnes écrouées par infraction principale au 1<sup>er</sup> janvier 2014

**Tableau 26 : Personnes écrouées condamnées : structure par infraction principale au premier janvier de chaque année (effectif et part en pourcentage)**

Champ : France entière

Année	Infraction à la législation sur les stupéfiants (4)		Viol, agression sexuelle		Infraction à la législation sur les étrangers		Homicide et atteinte involontaire (5)		Autre (6)		Ensemble des écroués
	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	
1980	-	-	1 118	5,5%	113	0,6%	-	-	3 936	19,5%	20 196
1981	-	-	1 340	6,1%	221	1,0%	-	-	4 385	19,8%	22 100
1982	-	-	1 392	8,9%	97	0,6%	-	-	2 747	17,6%	15 622
1983	-	-	1 611	9,3%	114	0,7%	-	-	3 305	19,0%	17 400
1984	-	-	1 596	8,4%	205	1,1%	-	-	3 840	20,3%	18 905
1985	-	-	1 772	8,3%	322	1,5%	-	-	4 516	21,1%	21 452
1986	-	-	1 831	8,4%	390	1,8%	-	-	5 313	24,3%	21 877
1987	-	-	2 075	7,7%	519	1,9%	-	-	6 485	24,1%	26 961
1988	4 146	13,9%	2 233	7,5%	692	2,3%	-	-	4 464	14,9%	29 890
1989	4 597	17,6%	2 182	8,3%	770	2,9%	-	-	3 507	13,4%	26 155
1990	4 305	17,5%	2 303	9,4%	685	2,8%	-	-	3 869	15,7%	24 631
1991	4 973	17,1%	2 665	9,2%	1 092	3,8%	-	-	4 656	16,0%	29 080
1992	5 508	18,7%	2 853	9,7%	1 201	4,1%	-	-	4 212	14,3%	29 474
1993	5 668	19,7%	3 232	11,2%	1 502	5,2%	-	-	3 433	11,9%	28 801
1994	6 666	21,3%	3 667	11,7%	1 767	5,6%	-	-	3 327	10,6%	31 312
1995	6 361	20,8%	3 945	12,9%	1 329	4,3%	-	-	3 396	11,1%	30 559
1996	6 772	20,6%	4 759	14,5%	1 487	4,5%	-	-	3 518	10,7%	32 892
1997	6 377	20,2%	5 218	16,6%	1 515	4,8%	-	-	2 940	9,3%	31 506
1998	5 875	18,4%	6 044	18,9%	1 056	3,3%	-	-	3 180	9,9%	31 984
1999	5 412	16,8%	6 760	21,0%	965	3,0%	-	-	2 852	8,8%	32 261
2000	4 910	14,8%	7 499	22,6%	878	2,7%	533	1,6%	3 343	10,1%	33 126
2001	4 373	13,8%	7 895	25,0%	778	2,5%	742	2,3%	2 509	7,9%	31 631
2002	3 936	12,1%	7 779	24,0%	896	2,8%	995	3,1%	2 178	6,7%	32 444
2003	4 127	12,0%	8 109	23,5%	870	2,5%	1 536	4,4%	2 037	5,9%	34 529
2004	5 197	13,9%	8 239	22,0%	815	2,2%	1 977	5,3%	2 080	5,5%	37 479
2005	5 937	15,2%	8 670	22,2%	722	1,8%	2 069	5,3%	2 228	5,7%	39 041
2006	5 718	14,4%	8 529	21,4%	624	1,6%	2 131	5,4%	2 413	6,1%	39 784
2007	5 751	13,7%	8 268	19,7%	585	1,4%	2 228	5,3%	2 231	5,3%	41 916
2008	6 442	13,6%	8 311	17,6%	706	1,5%	2 808	5,9%	2 992	6,3%	47 201
2009	6 990	13,9%	8 108	16,1%	647	1,3%	2 881	5,7%	3 552	7,1%	50 243
2010	7 325	14,4%	7 902	15,6%	604	1,2%	2 735	5,4%	3 125	6,2%	50 694
2011	7 161	14,0%	7 631	14,9%	581	1,1%	2 787	5,4%	3 400	6,6%	51 273
2012	8 175	14,2%	7 722	13,4%	514	0,9%	3 259	5,7%	3 922	6,8%	57 501
2013	8 530	14,1%	7 739	12,8%	548	0,9%	3 391	5,6%	3 791	6,3%	60 344
2014	8 658	14,1%	7 641	12,5%	306	0,5%	3 393	5,5%	3 956	6,5%	61 261

## Annexe n°3 : Répartition des personnes condamnées et détenues en fonction de l'infraction principale au 1<sup>er</sup> juillet 2018

**Tableau 25 : Répartition selon l'infraction principale pour les personnes condamnées et détenues (Affaire en cours d'exécution)**

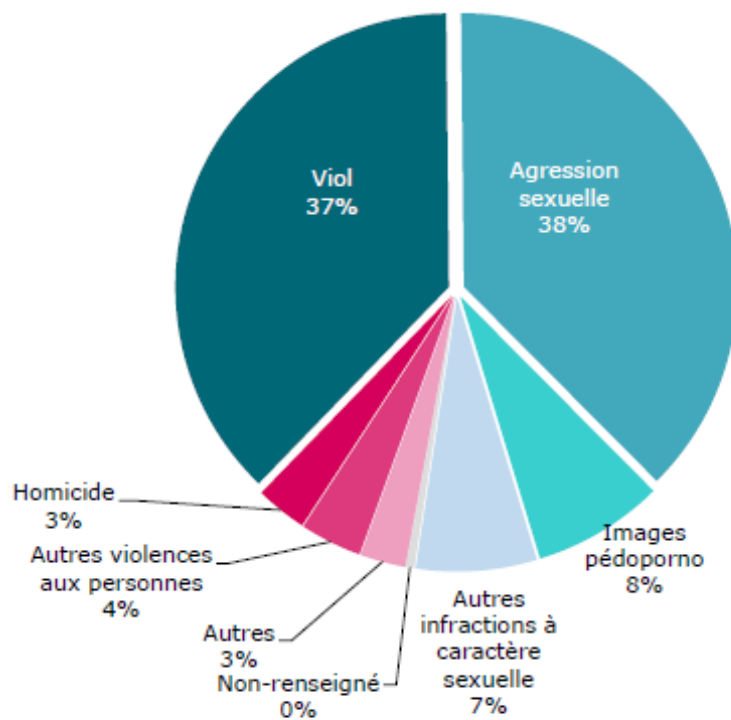
Source: Infocentre pénitentiaire

	Homicide et atteinte volontaire ayant entraîné la mort	Viol et agression sexuelle	Violence contre les personnes	Autre atteinte à la personne	Vol	Autre atteinte aux biens	Stupéfiants	Atteinte à l'autorité de l'état	Circulation, autre que homicide et blessure involontaire	Autre	Ensemble
1 juillet 2018	4 874	5 427	6 821	2 133	11 274	3 781	9 118	2 309	3 395	571	<b>49 703</b>
%	10%	11%	14%	4%	23%	8%	18%	5%	7%	1%	100%
1 avril 2018	4 817	5 443	6 767	2 015	11 529	3 776	8 977	2 358	3 264	569	<b>49 515</b>
%	10%	11%	14%	4%	23%	8%	18%	5%	7%	1%	100%
1 janvier 2018	4 795	5 458	6 745	2 005	11 584	3 735	8 872	2 286	3 120	559	<b>49 159</b>
%	10%	11%	14%	4%	24%	8%	18%	5%	6%	1%	100%
1 octobre 2017	4 712	5 322	6 623	2 007	11 676	3 818	8 717	2 254	2 973	583	<b>48 685</b>
%	10%	11%	14%	4%	24%	8%	18%	5%	6%	1%	100%
1 juillet 2017	4 759	5 489	6 665	1 994	11 968	3 926	8 878	2 216	3 106	590	<b>49 591</b>
%	9,6%	11,1%	13,4%	4,0%	24,1%	7,9%	17,9%	4,5%	6,3%	1,2%	100,0%
1 avril 2017	4 731	5 493	6 702	1 981	12 048	3 924	8 938	2 221	3 126	616	<b>49 780</b>
%	9,5%	11,0%	13,5%	4,0%	24,2%	7,9%	18,0%	4,5%	6,3%	1,2%	100,0%
1 janvier 2017	4 764	5 533	6 507	1 856	12 119	3 806	8 704	2 202	2 852	591	<b>48 934</b>
%	9,7%	11,3%	13,3%	3,8%	24,8%	7,8%	17,8%	4,5%	5,8%	1,2%	100,0%
1 octobre 2016	4 637	5 341	6 529	1 866	12 165	3 911	8 527	2 238	3 056	629	<b>48 899</b>
%	9,5%	10,9%	13,4%	3,8%	24,9%	8,0%	17,4%	4,6%	6,2%	1,3%	100,0%
1 juillet 2016	4 680	5 507	6 460	1 832	12 407	3 915	8 723	2 223	3 002	591	<b>49 340</b>
%	9,5%	11,2%	13,1%	3,7%	25,1%	7,9%	17,7%	4,5%	6,1%	1,2%	100,0%

Pour plus de détail, cf. annexe 4

## Annexe n°4 : Répartition de l'injonction de soin en fonction du type d'infraction

Figure 8 : Type d'infractions menant à une condamnation à une injonction de soins



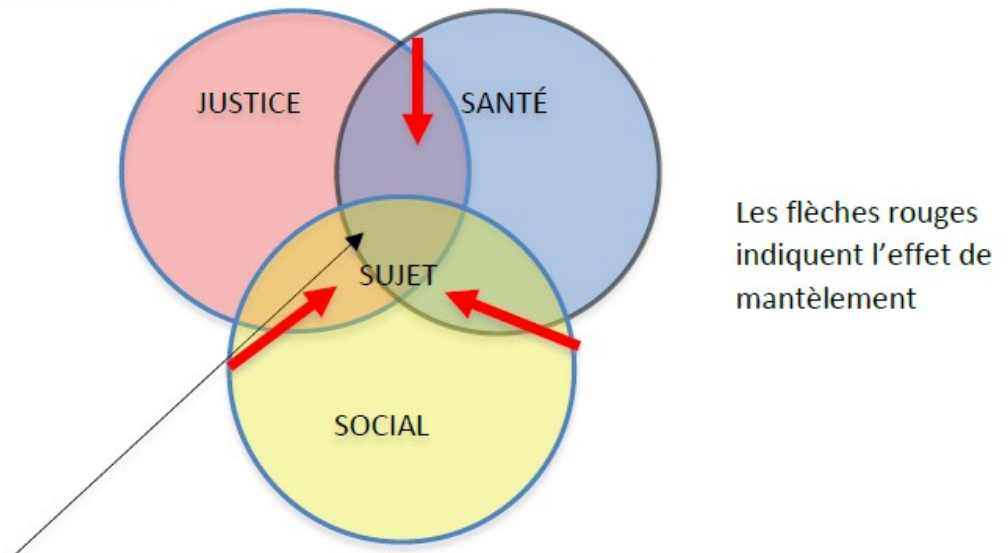
N = 1 872

Champ : Personnes majeures sous injonction de soins au 15 avril 2017

Source : ONDRP-CRIAVS

## Annexe n°5 : Schéma de l'intercontenance

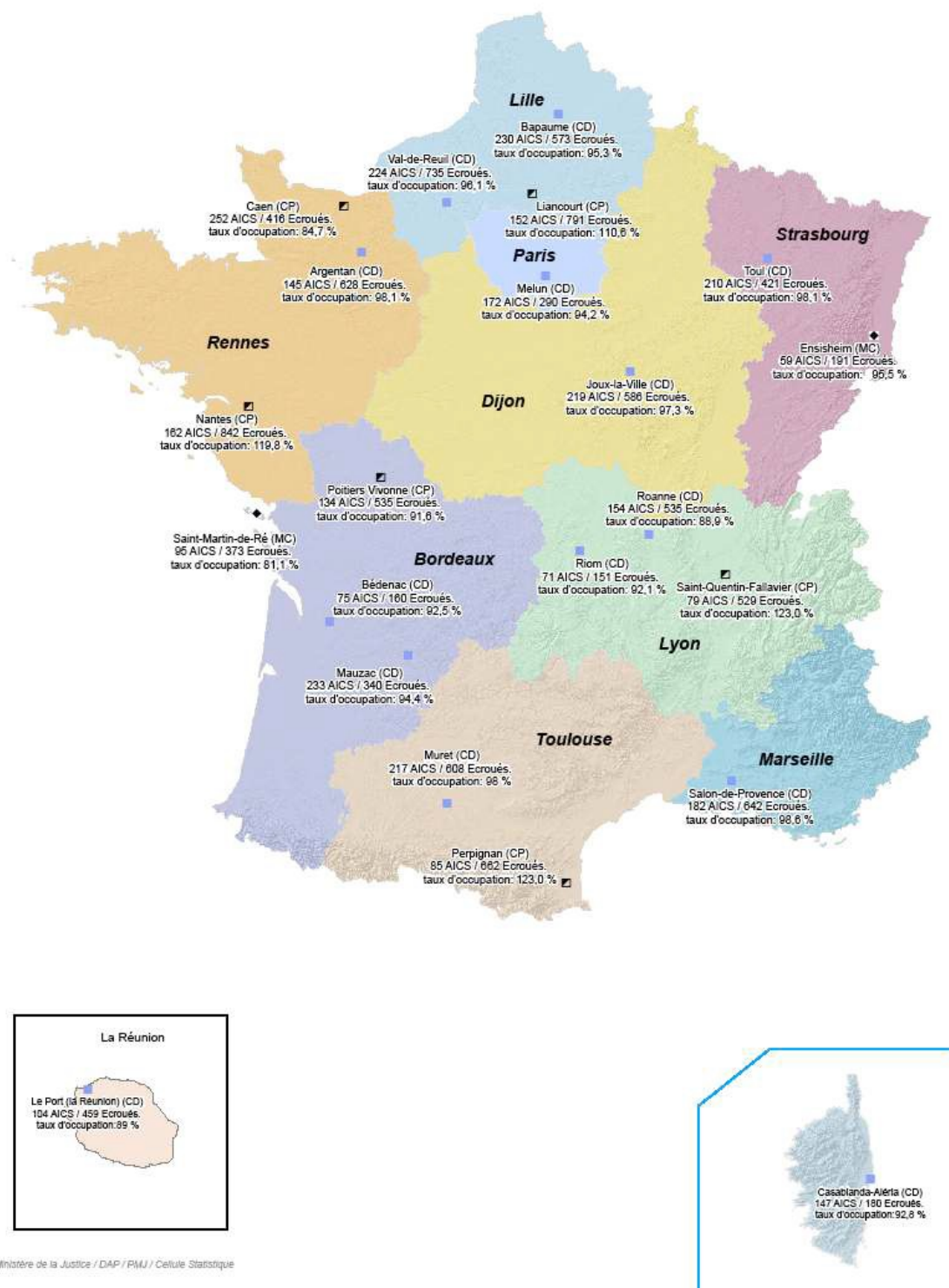
*Schéma de l'intercontenance*



# Annexe n°6 : Carte des 22 établissements labellisés AICS au 1<sup>er</sup> novembre 2011

## Etablissements spécialisés dans l'accueil des AICS

Au 1<sup>er</sup> novembre 2011, 3401 écroués pour ICS sur un ensemble de 10 647 écroués dans les établissements spécialisés.



**Annexe n°7 : Effectifs des AICS en fonction du type  
d'établissement au 1<sup>er</sup> novembre 2011**

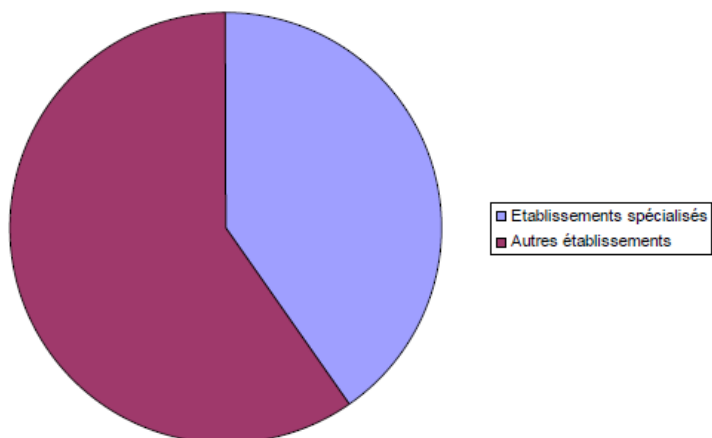
Tableau 1 : Effectifs des AICS au 1<sup>er</sup> novembre 2011

Type d'établissement	Ecroués pour ICS	Part dans l'ensemble des AICS	Ecroués	Part des AICS dans l'ensemble des écroués
Etablissements spécialisés (22 établissements)	3401	40.34 %	10 647	31.94 %
Autres établissements (167 établissements)	5030	59.66 %	55 943	8.99 %
France entière	8431	100 %	66 590	12.66 %

(Source : DAP/FND/PMJ5)

## Annexe n°8 : Répartition des AICS écroués au 1<sup>er</sup> novembre 2011

### RÉPARTITION DES AUTEURS D'INFRACTIONS À CARACTÈRE SEXUEL ÉCROUÉS AU 1<sup>ER</sup> NOVEMBRE 2011

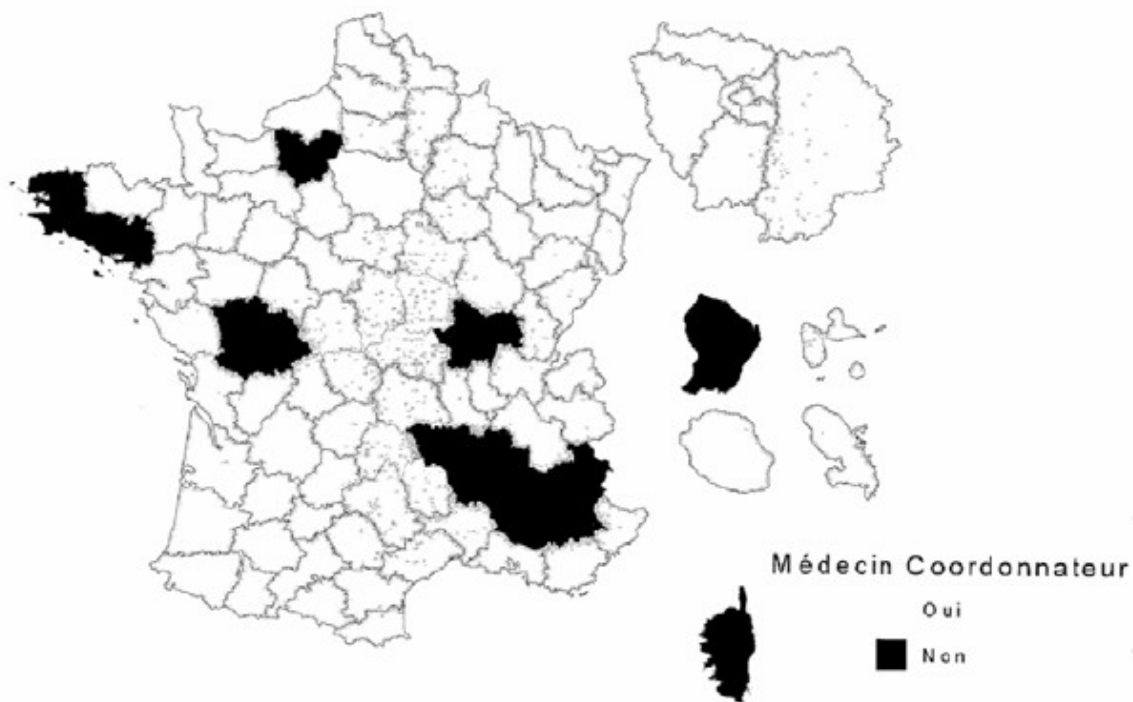


*Source : protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires.*



Annexe n°9 : Régions possédant des médecins coordonnateurs

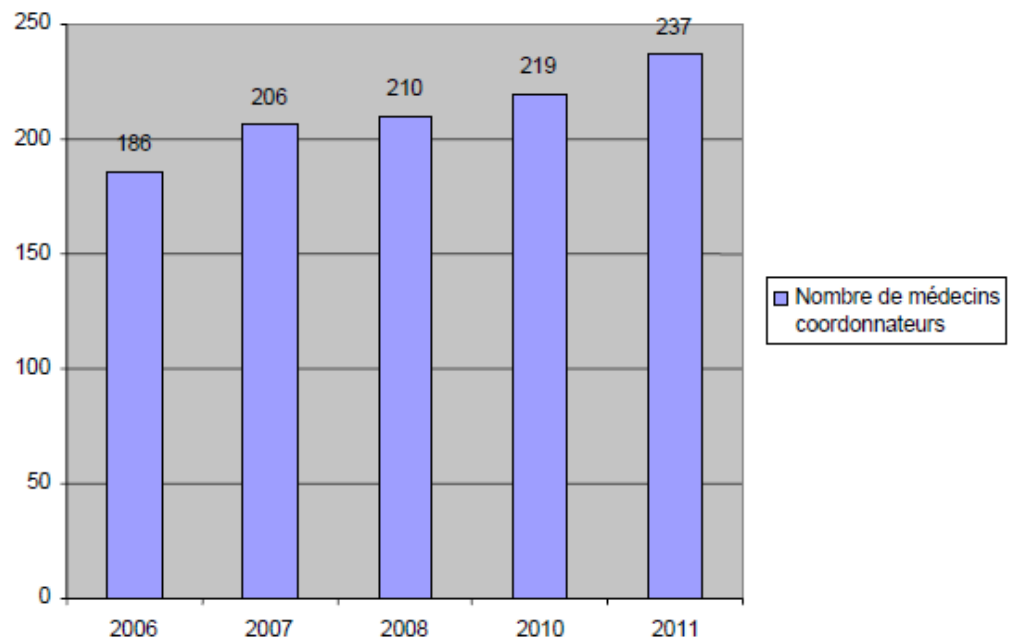
MEDECINS COORDONNATEURS



Source : direction générale de l'Offre de soins.

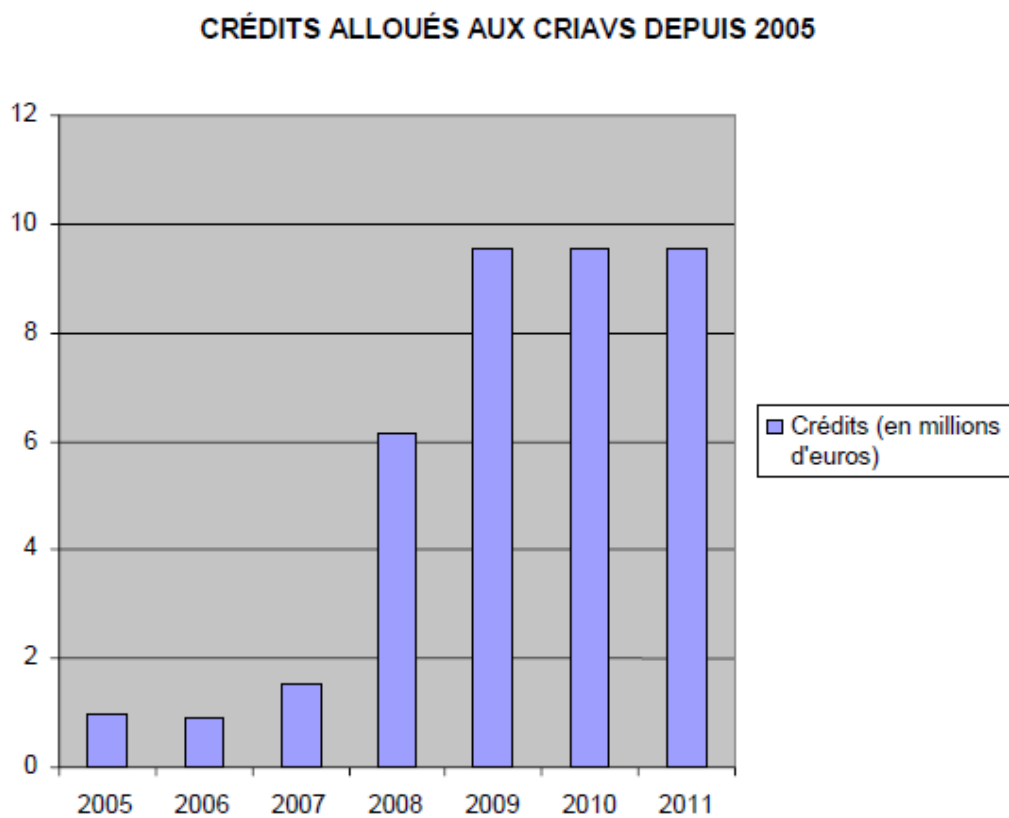
## Annexe n°10 : Evolution des médecins coordonnateurs 2006-2011

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS COORDONNATEURS DEPUIS 2006



*Source : direction générale de l'Offre de soins.*

## Annexe n°11 : Crédits alloués aux CRIAVS 2005-2011



*Source : direction générale de l'Offre de soins.*

## Annexe n°12 : âge moyen des AICS au 1<sup>er</sup> novembre 2011

Tableau 2 : Age moyen des AICS au 1<sup>er</sup> novembre 2011

Type d'établissement	Moyenne d'âge des écroués pour ICS	Moyenne d'âge de l'ensemble des écroués
Etablissements spécialisés (22 établissements)	45,6 ans	38,5 ans
Autres établissements (167 établissements)	41,6 ans	32,7 ans
France entière	43,2 ans	33,6 ans


(Source : DAP/FND/PMJ5)

## Annexe n°13 : Carte d'implantation des CRIAVS de France

### Les CRIAVS



# Annexe n°14 : Fiche de liaison entre les CPIP et l'équipe médicale de l'UPPL93

 <b>FICHE de LIAISON N° .....</b> <b>entre le CPIP &amp; les PROFESSIONNELS</b> <b>INTERVENANTS dans les SOINS *</b>	Rédacteurs : Groupe de travail Santé/Justice : CRI/AVS Nord Est/SPIP 93-95-77 Date rédaction : 10/2013 Page 1 sur 2
--	---


**ETAT CIVIL**

- NOM : .....
- PRENOM : .....
- Date de naissance : ..... / ..... / .....
- Lieu de naissance : .....
- Adresse .....
- Adresse où la personne reçoit son courrier (si différente de l'adresse de domiciliation) : .....
- Téléphone fixe : ..... / ..... / ..... / ..... Portable : ..... / ..... / ..... / .....
- Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  
 Concubinage/Pacs  Veuf(ve)
- Nombre d'enfants : .....
- Situation professionnelle :  Emploi : .....
- Sans  En recherche d'emploi

**MESURES DE JUSTICE**

- Mesures de justice actuelles :  
 Mesures présentencielles  Suivi socio-judiciaire  Sursis mise à l'épreuve  
 Aménagements de peine : Lesquels .....
- Mesures de sûreté : Lesquelles .....
- Obligation de soins  OUI
- Prolongation de l'obligation  OUI Date de fin : ..... / ..... / .....
- Injonction de soins :  OUI
- Durée : .....
- Date de début : ..... / ..... / ..... Date de fin : ..... / ..... / .....
- Interdictions formulées par ordonnance ou jugement : .....
- .....
- .....
- Nom du CPIP : .....
- Adresse du SPIP : .....
- Téléphone CPIP : ..... / ..... / ..... / ..... Fax CPIP : ..... / ..... / ..... / .....
- Mail CPIP : .....
- Nom du magistrat et juridiction de rattachement : .....
- Changements significatifs : .....
- .....
- .....

EPS de Ville-Evrard  
 \* A renseigner en présence & avec l'accord du PPSMJ (Personne Placée Sous Main de Justice)

 <b>FICHE de LIAISON N° .....</b> <b>entre le CPIP &amp; les PROFESSIONNELS</b> <b>INTERVENANTS dans les SOINS *</b>	Rédacteurs : Groupe de travail Santé/Justice : CRI/AVS Nord Est/SPIP 93-95-77 Date rédaction : 10/2013 Page 2 sur 2
--	---

**PARCOURS PENAL EN LIEN AVEC L'OBLIGATION / INJONCTION DE SOINS**

- Antécédent judiciaire :  OUI  NON
- Date du jugement : ..... / ..... / ..... Date des faits : ..... / ..... / .....
- Incarcération :  OUI  NON
- Dernier établissement pénitentiaire : .....
- Temps réel d'incarcération : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Soins pendant l'incarcération :  OUI  NON
- Type de soins pendant l'incarcération : .....
- (Nom du psychiatre ou psychologue) : .....
- .....
- Nom et coordonnées du médecin coordonnateur (en cas d'injonction de soins) : .....
- .....

**SOINS ENGAGES en lien avec l'OBLIGATION/INJONCTION de SOINS**

- Date : ..... / ..... / .....
- Coordonnées (adresse et tel) de la structure de soins : .....
- .....
- Nom et fonctions des référents soignants : .....
- .....
- Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... Mail : .....
- Date du 1<sup>er</sup> accueil : ..... / ..... / .....
- Prise en charge :  Individuelle  Groupe - Fréquence : .....
- Traitement médicamenteux :  OUI  NON  
 Psychotropes :  OUI  NON  
 Autres :  OUI  NON
- Ces données sont susceptibles d'être modifiées pendant la prise en charge du patient et ne préjugent en rien de la qualité de l'engagement du patient et de la qualité de sa prise en charge.*
- Fréquence de remise de l'attestation de présence à la consultation :  
 Après chaque consultation  Autre : .....
- .....
- Modifications significatives dans la prise en charge (changement de thérapeute, traitements, hospitalisations, etc.) : .....
- .....
- .....
- .....

EPS de Ville-Evrard  
 \* A renseigner en présence & avec l'accord du PPSMJ (Personne Placée Sous Main de Justice)

**Annexe n°15 : Illustration de refus de groupe par un patient en raison de ses difficultés de transport**

Monsieur

Monsieur (psychomotricien)  
Madame (psychologue)

Monsieur, Madame,

Par la présente j'ai le regret de vous informer de mon intention de ne plus participer au groupe de parole qui se déroulait sous votre responsabilité.

Lors de notre dernier entretien du jeudi 07 juillet 2011 ou nous avons fait le point sur les quatre premier mois du groupe de parole, je vous avais déjà fait part comme quoi je ne me retrouvais absolument pas dans ce groupe, mais j'avais l'intention de le continuer au moins jusqu'à la fin de l'année en cours.

Ayant énormément réfléchi avant de prendre cette décision d'arrêter le groupe, mais après réflexion je me rends compte que mes moyens financiers ne me permettent pas de venir tous les quinze jours à Bordeaux et faire 150 kms à chaque voyage cela me fait vraiment trop de frais dans le mois. J'ai déjà une obligation à laquelle je ne peux me soustraire ce sont les consultations avec le Docteur qui rentre dans mon suivi judiciaire et cela jusqu'à la fin de l'année 2013.

Je regrette beaucoup de ne plus pouvoir participer à ce groupe, car il faut bien le dire vous faisiez un travail énorme, mais je suis obligé de regarder du côté de mon budget et il fallait que je fasse un choix.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### OUVRAGES GÉNÉRAUX :

- ADAM Christophe, *Délinquants sexuels et pratiques psychosociales. Rester clinicien en milieu carcéral*, Larcier, 2011
- CIAVALDINI André, *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*, In press, 2003
- BRIE Guillaume, *Nouvelles problématiques de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, CIRAP, ENAP, 2018
- GUÉRIN Violaine, *Pédophiles et autres auteurs d'agressions sexuelles : Pourquoi ? Comment ? Comment soigner ?*, Tanemirt Editions, 2016

### DOCTRINE, ARTICLES :

- ALVAREZ Josefina, GOURMELON Nathalie, *La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles par l'administration pénitentiaire État des lieux et nouvelles pratiques*, revue de sciences criminelles et de droit comparé n°3, juillet 2007
- ALVAREZ Josefina, GOURMELON Nathalie, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. État des lieux et analyse de nouvelles pratiques*, CIRAP, juin 2006
- ARCHER Evry, BARON-LAFORÊT Sophie, *La loi du 18 janvier 1994. L'évolution du soin en prison*, Forensic, numéro spécial, septembre 2000
- ARENA Gabrielle, *Obligations de soins, continuité et discontinuité*, APCOF, Paris, 2012
- ARNAUD François, *Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
- BARON-LAFORÊT Sophie, *La prise en charge des délinquants sexuels : évaluation, suivi en milieu carcéral et articulation avec la loi du 17 juin 1998*, Collectif, guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, 2005
- BARON-LAFORÊT Sophie, *Les auteurs de violences sexuelles, un problème ancien, une peur récente, quelles actions sur le terrain ?*, Cahiers de la sécurité et de la justice n°20, INHESJ, La documentation française, juin 2012
- BATTEGAY Raymond, *Individual psychotherapy and group psychotherapy as single methods and in combination*, Acta Psychiatrica Scandinavia, février 1972, vol° 48, issue 1, p. 43-48



- BERTSCH Ingrid, CANO Jean-Philippe, *Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques*, Journal de thérapie comportementale et cognitive (2015) 25, p. 48-57
- BRAHMY Betty, *La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles en milieu pénitentiaire*, AJ Pénal n°2/2004, février 2004
- BRIGANT Florence, *La prise en charge des délinquants sexuels en milieu fermé*, Archives de politique criminelle, éditions A. Pédone, 2012, p. 135-153
- BURGELIN Jean-François, *Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive*, Rapport de la commission Santé-Justice, juillet 2005
- CHASSAGNE Aline, *Les temporalités de la vieillesse en prison. Le temps oublié des « vieux » détenus*, ethnographique.org, n°35, décembre 2017, Vieillir en institution, vieillesse institutionnalisées. Nouvelles populations, nouveaux lieux, nouvelles pratiques
- CHAUFER Adeline, *Existe-t-il une spécificité de la clinique en milieu carcéral ? Le suivi d'auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Le journal des psychologues, février 2016, n°334
- CIAVALDINI André, *La famille de l'agresseur sexuel, conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins*, In Press, Le divan familial, n°6, 2001, p. 25-34
- CIAVALDINI André, *Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?*, Paris : Audition Publique 14-15 juin 2018, Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge
- COCHEZ Florent, GUITZ Ivan, LEMOUSSU Pierre, *Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles*, actualités sociales hebdomadaires (ASH), juin 2010
- DARSONVILLE Audrey, *Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles*, Archives de politique criminelle, éditions A. Pédone, 2012, n°34, p. 31-43
- DÉVAUD Corinne, GURAIIB Gabriela, *Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle, Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel*, Psychothérapies, 2011/1, vol°31, p. 27-37
- DORON Claude-Olivier, *Soigner par la souffrance, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles*, Soins et subjectivité, Cahiers du Centre Georges Canguilhem, Paris, PUF, 2011, 229 p.
- DUBRET Gérard, *Obligation et continuité des soins pour les auteurs d'infractions sexuelles. Modalités d'accès aux soins. Difficultés du suivi ambulatoire*, L'information psychiatrique, n°5, mai 2001, p. 476-482
- ESTANO Nicolas, ARENA Gabrielle, BOUVRY Émilie, BROCHT Sylvie, *Pourquoi une consultation spécifique pour auteurs d'infractions à caractère sexuel : regard sur six années à l'Unité de Psychiatrie et Psychologie légales de Ville-Evrard*, Annales médico-psychologiques, mars 2018, p. 1-9

- GAUTRON Virginie, *(Se) soigner sous la contrainte, une étude du dispositif de l'injonction de soin*, note de synthèse, juin 2017
- GAUTRON Virginie, *Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge
- GENUIT Philippe, *Points de vue et objectifs des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations de l'analyse contrastée à l'analyse en contraste*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge
- GIUDICELLI-DELAGE Geneviève, *La responsabilité pénale des travailleurs sociaux au regard du nouveau Code pénal*, Revue de droit sanitaire et social, 29 (4), octobre-décembre 1993, p.708-724
- GOURMELON Nathalie, *La prise en charge psychiatrique pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : état des lieux, évolutions et enjeux*, EHESP, Module interprofessionnel de santé publique, 2010
- GUÉRIN Geneviève, *La prise en charge sanitaire*, La santé en prison, ADSP n°44, septembre 2003
- HARRAULT Alain, HUGON Claudette, *L'obligation de soins : vers une clinique du sujet contraint*, Le journal des psychologues n°233, décembre 2005-janvier 2006
- HERZOG-EVANS Martine, *Exécution des peines délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques*, AJ Pénal 2012, p.632
- LANGLADE Aurélien, *Rapport sur le dispositif d'injonction de soins*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge
- LAMEYRE Xavier, *Pour une éthique des soins pénalement obligés*, revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé, n° 3, juillet-septembre 2001, p. 521-536
- LECOCQ Caroline, *Le traitement sous contrainte des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Cliniques méditerranéennes, 2011/2, n°84, p.243-257
- LEFEBVRE Caroline, *Prise en charge des délinquants sexuels en milieu ouvert. Parler pour ne pas rechuter*, Lien social n°901, 16 octobre 2008, p. 10-15
- MARX Christophe, *Soins psychologiques obligés des agresseurs sexuels : impasse ou défi réaliste ?*, Psychopathologie : rejoindre l'archaïque, octobre 2010, Actualités en analyse transactionnelle, 2010/4, n°136, p. 50-63
- MEUNIER Frédéric, *Quelle évaluation et sur quels critères peut-on demander à l'expert judiciaire psychiatre ou psychologue en fonction du parcours ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge

- MISTRETTA Patrick, *L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal*, revue internationale de droit pénal, 2011/1, vol° 82, p. 19-39
- PITTET M., *Auteurs d'agressions sexuelles et travail de groupe, Et si le groupe était le lieu d'inscription des affects en déshérence ?*, Forensic n°21, avril, mai, juin 2005
- RAULT Alain, LATOURELLE Jeanne, PIQUEMAL Anne, *Soigner des agresseurs sexuels à l'hôpital*, L'information psychiatrique, vol. 82, n°2, février 2006, p. 145-148
- ROUVIÈRE Pierre, *Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ?*, Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
- SAETTA Sébastien, *La médicalisation des auteurs d'infractions à caractère sexuel, ethnographie d'un établissement et d'une unité de soins spécialisés en France*, HAL, mai 2016
- SAVIN Bernard, *Être psychologue auprès des personnes placées sous main de justice*, bulletin de psychologie, tome 68 (4), n° 538, juillet-août 2015
- TARDIF Monique, *La psychothérapie de groupe avec des agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique et systémique*, Forensic numéro spécial, mars 2004
- VANDERSTUKKEN Olivier, BENBOURICHE Massil, PETIT Anne-Clémence, *Proposition d'une grille d'analyse des représentations sociales pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle*, L'Information psychiatrique, vol. 91, n°4, avril 2015
- VANDERSTUKKEN Olivier, GARAY Delphine, BENBOURICHE Massil, MOUSTACHE Bouchaïb, *Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage*, L'information psychiatrique, vol 91, n°8, octobre 2015
- VERSCHOOT Odile, *Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Approche psycho dynamique*. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge
- WILSON Robin, McWHINNIE Andrews, HERZOG-EVANS Martine, *Les cercles de support et de responsabilité*, AJ Pénal, 2012, p.636

#### **RAPPORTS :**

- BLANC Étienne, *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale n°4421, 29 février 2012, 194 p
- Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Ministère de la justice et Ministère des solidarités et de la santé, 2017, 454 p
- Haute Autorité de Santé (HAS), *Recommandations de bonnes pratiques, prise en charge d'auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans*, juillet 2009

- MERCIER Marie, MEUNIER Michelle, VÉRIEN Dominique, *Rapport d'information n° 529 (2018-2019) sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs*, Sénat, 28 mai 2019
- Protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires, Ministère de la justice et des libertés, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 12 p
- Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin, IGAS et IGSJ, février 2011
- Stratégie santé des personnes placées sous main de justice, Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice, avril 2017

### MÉMOIRES :

- BIDET Émilie, *Psychiatrie et prison : les relations SPIP-SMPR*, 10<sup>e</sup> promotion de conseillers d'insertion et de probation, 2006
- CHAUFER Adeline, *Présentation et évaluation des dispositifs de soin pour les auteurs d'infraction(s) à caractère sexuel incarcérés*, Diplôme universitaire clinique et thérapeutique des auteurs d'infraction(s) à caractère sexuel, université Paris Descartes, 2011-2012
- CUNHA Mathilde, *Le pédophile ou la figure du monstre moderne : les violences carcérales à l'égard des auteurs d'infractions sexuelles sur mineurs*, 43<sup>e</sup> promotion des directeurs des services pénitentiaires, 2015
- DELAUNAY Isabelle, *SPIP et UCSA La recherche de collaboration dans l'individualisation des peines des personnes toxicomanes ou alcooliques*, 9<sup>e</sup> promotion de certificat d'aptitudes aux fonctions de conseillers d'insertion et de probation, 2005
- LANDAIS Cédric, *L'incarcération des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, une perte de chance d'accès aux soins ?*, 41<sup>e</sup> promotion de directeur des services pénitentiaires, juillet 2013
- METAXAS Yann, *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel en milieu ouvert*, Master 2 droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, 2011-2012

### SITOGRAPHIE :

- <http://www.corevihet.com/ckfinder/userfiles/files/Commissions%20Corevih%20IDF%20Est/Prison/Atelier%20%20Pr%C3%A9parer%20et%20accompagner%20la%20sortie-1%20Enregistrement%20automatique.pdf>
- <https://journals.openedition.org/criminocorpus/3203?lang=de#tocto3n12>
- <http://www.senat.fr/rap/r18-529-2/r18-529-22.html>
- <https://www.lanouvellerepublique.fr/niort/delinquants-sexuels-a-niort-des-mots-pour-les-soigner>
- <http://www.justicerestaurative.org/>

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>PREMIÈRE PARTIE</b> : La prise en charge psychiatrique nationale de l'auteur d'infraction à caractère sexuel à l'épreuve du maillage santé-justice-social.....	12
CHAPITRE 1 : La collaboration tumultueuse entre les acteurs des mondes judiciaire, sanitaire et social.....	12
Section 1 : La prévention d'une rupture du parcours de soins, fruit d'une coopération pluridisciplinaire.....	12
Paragraphe 1 : Entre intégration et opposition des missions de justice et de santé publique.....	12
A) Soigner la personne placée sous main de justice : l'objectif judiciaire versus l'objectif sanitaire.....	12
B) Le rôle déterminant de l'expert sur le parcours de soin.....	14
Paragraphe 2 : L'adaptation collaborative de la stratégie de soins à la personne auteure d'infraction à caractère sexuel.....	16
A) De l'individualisation de la peine à celle du soin : œuvrer communément à l'appropriation thérapeutique.....	17
B) Vers l'intercontenance des différents champs d'action.....	19
Section 2 : Le positionnement du soignant et la délimitation de son action au sein de la justice.....	20
Paragraphe 1 : L'autonomie relative du professionnel de santé par rapport au monde judiciaire.....	20
A) La création d'une interface santé-justice en la personne du médecin coordonnateur.....	20
B) Les barrières instaurées par le secret professionnel.....	22
Paragraphe 2 : Le maintien de la qualité du parcours de soins au travers des échanges interinstitutionnels.....	23
A) Le renseignement interpersonnel, clé de voûte d'un parcours de soin efficient.....	24
B) Les effets des transfèrements intra-muros sur la prise en charge sanitaire de l'auteur d'infraction à caractère sexuel.....	25

CHAPITRE 2 : L'inexistence d'une prise en charge médicale uniformisée sur l'ensemble du territoire français.....	26
Section 1 : Les disparités causées par le pluralisme de dispositifs de santé pénitentiaires.....	26
Paragraphe 1 : Le soin à travers la typologie des établissements pénitentiaires français.....	26
A) La différence de prise en charge entre les établissements dits « fléchés AICS » et les établissements classiques.....	26
B) La présence de service médico-psychologique régional au sein de l'établissement pénitentiaire.....	28
Paragraphe 2 : L'effet dévastateur du manque de moyens alloués aux institutions pénitentiaires, sanitaires et sociales.....	29
A) Une pénurie transversale.....	29
B) Les séquelles particulièrement néfastes de cette pénurie sur la prise en charge des détenus âgés.....	31
Section 2 : Le développement inégal des initiatives locales en réponse à un déficit structurel.....	33
Paragraphe 1 : L'insuffisance des structures déjà existantes.....	33
A) L'action essentielle mais en manque de visibilité des CRIAVS.....	33
B) Le sous-développement des centres médico-psychologiques judiciaires.....	35
Paragraphe 2 : Faire naître des initiatives locales diversifiées : un défi quantitatif et qualitatif.....	36
A) Les tentatives de création de « consultations sortants ».....	36
B) Des projets spécialisés à l'échelon local diversifiés mais limités.....	37

<b>SECONDE PARTIE</b> : La pratique du professionnel de santé comme déterminant de la viabilité du parcours de soins de l'auteur d'infraction à caractère sexuel.....	38
---	----

CHAPITRE 1 : Le soignant à l'épreuve des représentations sociales.....	38
Section 1 : La continuité thérapeutique tributaire d'une recherche identitaire des soignants.....	39
Paragraphe 1 : Face aux stéréotypes, la nécessaire prudence à adopter pour les soignants.....	39
A) Le poids des biais cognitifs dans la prise en charge psychiatrique des AICS.....	39

B) L'impact du vocabulaire employé par les soignants sur le parcours de soins du patient.....	40
Paragraphe 2 : Faire face aux AICS : un travail du soignant sur lui-même.....	41
A) Une remise en question de son identité professionnelle et de ses valeurs personnelles parfois inacceptables.....	42
B) L'objectif <i>in fine</i> de toute prise en charge d'AICS : faire preuve de neutralité bienveillante.....	43
Section 2 : L'exercice de professions médicales auprès d'AICS, source d'isolement	43
Paragraphe 1 : La solitude professionnelle et sociale des praticiens au long de la chaîne de soin d'un auteur d'infraction à caractère sexuel.....	44
A) La médecine pénitentiaire et ses « praticiens de l'ombre ».....	44
B) La solitude des praticiens libéraux face aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.....	44
Paragraphe 2 : L'existence d'un tabou d'intensité variable selon l'établissement pénitentiaire considéré.....	45
A) L'expérience des équipes soignantes au sein des 22 établissements fléchés AICS.....	45
B) La méfiance persistante au sein des établissements accueillant une population carcérale « classique ».....	46
CHAPITRE 2 : L'utilisation d'outils adaptés aux spécificités des AICS par les soignants	46
.....	46
Section 1 : Le soin de l'auteur d'infraction à caractère sexuel par l'approche communautaire.....	46
Paragraphe 1 : L'équilibre fragile entre une prise en charge individuelle et une prise en charge groupale.....	47
A) L'essor du système de groupe dans la prise en charge psychiatrique des AICS.....	47
B) Les limites opposées par la prise en charge groupale.....	48
Paragraphe 2 : Quelle place pour les cercles de soutien et de responsabilité et la justice restaurative ?.....	49
A) Des concepts étrangers aux soins pénalement ordonnés.....	49
B) Les balbutiements français quant à la reconnaissance d'une pratique existante.....	51
Section 2 : L'approche motivationnelle aux soins au long de la chaîne pénale.....	51

Paragraphe 1 : La nécessaire adaptation du cadre thérapeutique à la particularité du consentement pénalement encadré.....	52
A) Les limites de l'incitation aux soins en détention.....	52
B) Consentement et soins pénalement ordonnés : la méfiance des soignants... ..	54
Paragraphe 2 : L'adhésion du patient aux soins en milieu libre : un défi pour les équipes intra et extra muros.....	55
A) La désincarcération ou un encadrement allégé propice au décrochage du patient.....	55
B) Le challenge particulier présenté par les AICS négateurs.....	56
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>75</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>80</b>



## Résumé

La question de la prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions à caractère sexuel soulève de nombreuses difficultés et l'existence d'un parcours de soin efficace et ininterrompu n'est toujours pas une réalité. Entre objectifs sanitaires, judiciaires et sociaux et la perception de ces délinquants dans les représentations sociales, la conciliation de tous ces facteurs semble constituer un nœud gordien intranchable.

Au cœur de ce système, les soignants vont devoir apprendre à établir un partenariat solide avec les autres intervenants tout en se mobilisant en dépit d'une recherche identitaire intense.

À l'heure où les infractions sexuelles sont plus que jamais d'actualité, la continuité des soins après la libération de prison apparaît, parfois à tort, comme l'instrument ultime de lutte contre la récidive.

## Abstract

The matter of sex offenders' psychiatric care raises a lot of issues and the existence of an efficient and uninterrupted healthcare circuit is still not a reality. Between the sanitary, judiciary and social objectives and the perception of these offenders in social representations, the juggling between all of those factors seems to constitute a Gordian knot impossible to cut.

At the core of this system, the caregivers will have to figure out how to establish a strong partnership with the other players while mobilizing themselves despite an intense identity quest.

Now that sexual violence is more relevant than ever, the continuity of care after jail release appears, sometimes wrongly, to be the ultimate recidivism prevention tool.

## Mots-clés

injonction de soin – obligation de soin – soins pénalement ordonnés – expert – psychiatrie – parcours de soin – auteurs d'infraction à caractère sexuel – continuité des soins – représentations sociales – secret – consentement

Injunction of care – obligation of treatment – penal-imposed care – expert – psychiatry – healthcare circuit – sex offenders – continuity of care – social representations – secret – consent