

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE
PENITENTIAIRE DES AUTEURS D'AGRESSIONS
SEXUELLES :
ETAT DES LIEUX, EVOLUTIONS ET ENJEUX**

– Groupe n° 3 –

- **AUGUSTE Dominique**
- **CARDOUAT Thierry**
- **DESGUEES Pascale**
- **LAURENT Claire**
- **LOGGER Patricia**
- **MALLET Elise**
- **VIDAL Lucie**
- **ZOLEZZI Cédric**

Animatrice
Nathalie GOURMELON

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES MESURES LEGISLATIVES SE SUCCEDENT, DESSINENT ET RENFORCENT LE CADRE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DE LA RECIDIVE	3
1.1 Une pression médiatique qui engendre un contexte anxiogène dans l'opinion publique.....	3
1.2 De cette pression découlent des mesures qui ont un impact sur la pratique psychiatrique auprès des AAS en milieu pénitentiaire.....	5
2 LA DANGEROUSITE : UNE NOTION POLYSEMIQUE ET CONTROVERSEE	7
2.1 Les définitions et l'évaluation de la dangerosité.....	7
2.2 Une appropriation non partagée du concept.....	11
3 L'EVOLUTION DES NOUVELLES PRATIQUES PSYCHIATRIQUES AUPRES DES AAS DETENUS	13
3.1 Etat des lieux des pratiques : approche psychanalytique, traitements hormonaux, et approche comportementale	13
3.2 Limites et perspectives de la prise en charge psychiatrique pénitentiaire des AAS	19
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	26
LISTE DES ANNEXES	I
Annexe I Grille d'entretien	II
Annexe II Extraits de la loi 2008-174 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental	III
Annexe III Plaquette de présentation de l'unité de santé mentale pénitentiaire – Centre pénitentiaire de Lorient-Ploemeur.....	XI
Annexe IV Plaquette de présentation du CRIAVS de Basse-Normandie	XIII
Annexe V Tableau synoptique du fonctionnement du groupe traitement des agresseurs sexuels de Niort.....	XV
Annexe VI Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé	XVI

Remerciements

Alors que prend fin notre module interprofessionnel de santé publique, nous souhaitons remercier toutes les personnes interviewées qui, par leur disponibilité, leurs conseils et leur expertise, ont contribué à faire de cette étude une expérience enrichissante pour l'ensemble de notre groupe.

Ce travail a été rendu possible grâce aux moyens, notamment financiers et logistiques, mis à notre disposition par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Nous souhaitons tout particulièrement remercier notre animatrice, Madame Nathalie Gourmelon pour son aide et son accompagnement constant dans la conduite de notre projet.

METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Le module interprofessionnel de santé publique a réuni, au sein du groupe n° 3 huit élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Ce groupe est composé de deux directeurs des soins stagiaires, deux élèves directeurs d'hôpital, trois élèves directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social et une inspectrice de l'action sanitaire et sociale. La thématique proposée est « *la prise en charge psychiatrique pénitentiaire des AAS : état des lieux, évolutions et enjeux* ». L'animation est assurée par Nathalie Gourmelon, sociologue enseignant chercheur à l'ENAP (Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire).

Orientation et définition de la problématique. Le dossier documentaire préparé par Madame Gourmelon nous a permis d'entrer rapidement dans le thème général proposé. La problématique définie autour de la dangerosité a émergé au cours des discussions du groupe, animées par l'intervenante. **Un consensus** s'est rapidement dégagé et a permis de la formaliser. **Le partage de connaissances et d'expériences différentes** a permis d'initier **une dynamique de groupe** favorable à une **réflexion collective enrichissante**.

Choix des entretiens et constitution d'une grille. Le choix des lieux et interlocuteurs s'est opéré suite aux contacts préalablement pris par Mme Gourmelon. Le groupe a choisi de réaliser six entretiens : Ploemeur (centre pénitentiaire), Niort (centre hospitalier), Caen (CRIA VS, SMPR), Fresnes (SMPR), Melun (UCSA). Les entretiens ont été menés à partir d'une grille élaborée en concertation par l'ensemble du groupe et enrichie par Nathalie Gourmelon (voir annexe n°1).

Organisation, répartition du travail et prise en compte des contraintes. Les entretiens ont été réalisés et analysés la première semaine. Ils ont permis de dégager des axes de travail et d'affiner le plan détaillé du rapport. Des **groupes restreints inter filières** ont été constitués pour finaliser l'écriture du document. La mise en commun des différents travaux a fait l'objet d'une **harmonisation validée par le groupe** et proposée à notre animatrice. Le groupe a organisé le déroulement de ce travail en prenant en compte les contraintes temporelles, logistiques et budgétaires : respect des délais fixés par l'EHESP, du budget prévisionnel et élaboration d'une méthodologie adaptée.

Liste des sigles utilisés

AAS	Auteur d'Agressions Sexuelles
CIP	Conseiller en Insertion et Probation
CRIAVS	Centre de Ressources Inter-régional intervenant auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
HAS	Haute Autorité de Santé
JAP	Juge d'Application des Peines
SME	Sursis avec Mise à l'Epreuve
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SSJ	Suivi Socio Judiciaire
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UMD	Unité pour Malades Difficiles
UHSA	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

INTRODUCTION

Dans son Histoire du viol, Georges Vigarello écrit en 1998 : « *La violence sexuelle est bien devenue la violence de notre temps*¹ ». Mais on constate un paradoxe aujourd'hui : les AAS constituent tout à la fois une cible médiatique à forte charge émotionnelle, dont se font écho les politiques² quelle que soit leur sensibilité et, dans le même temps, un tabou au sein de notre société. La violence sexuelle est la violence de notre temps, c'est-à-dire une violence moins visible, objet de honte pour les victimes et leur famille et de déni pour les AAS eux-mêmes, au moment même où les médias nationaux relayent avec fracas des *affaires* soulevant la colère d'une opinion publique devenue hermétique à toute forme de clémence.

Les AAS véhiculent une image dominante de « *monstre pervers récidiviste*³ » et constituent une catégorie spécifique de détenus. 98% sont des hommes, âgés en moyenne de 44 ans (contre 34 ans pour le reste de la population carcérale). 28% des AAS se situent dans la tranche des 40-50 ans et 22% dans celle de 50-60 ans. Contrairement à une idée répandue, ils sont en moyenne moins récidivistes que les autres : 1,8% de récidives à l'identique en matière de viols et 3,7% pour l'inceste contre 14% pour les vols aggravés. Entre 1980 et 2005, les condamnations d'AAS ont augmenté de 600%, passant de 1180 à 8670 et le nombre de détenus a doublé, de 20 196 à 39 042. Ils constituent aujourd'hui 16% de la population totale sous écrou (soit 7 458 individus) et la durée de leur détention augmente. Dès lors, une prise en charge, notamment psychiatrique⁴, s'imposait, même si tous les AAS ne relèvent pas toujours d'une pathologie identifiée. La psychiatrie a tardé à s'intéresser à ce type de détenus, peu demandeurs et globalement mieux insérés socialement que le reste de la population carcérale⁵. La prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire revêt deux dimensions : en milieu fermé (S.M.P.R., U.C.S.A.) et en milieu ouvert (S.S.J.,

¹ Vigarello, G., Histoire du viol, 1998

² Déclaration de Nicolas Sarkozy, Ministre de l'Intérieur, le 16 mai 2006, à propos de la lutte contre la délinquance sexuelle : « *L'émotion des parents [NDLR : de deux enfants torturés puis assassinés par un délinquant sexuel], des proches et de toute la population a été immense. Elle est proportionnelle à l'ignominie et l'atrocité des faits.* »

³ Alvarez, J. et Gourmelon, N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles*, La Documentation française, 2007

⁴ Balier, C., *Psychanalyse des comportements violents*, 1988

⁵ Brahmy, B., « *La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles en milieu pénitentiaire* », Actualités juridiques pénales, n°2 février 2004

S.M.E.). Elle est plurielle, faisant intervenir des psychiatres, des psychologues, des infirmiers psychiatriques et des psychanalystes.

Le législateur a cherché, en particulier depuis la loi du 17 juin 1998⁶, à influencer la prise en charge psychiatrique des AAS, faisant de ces derniers les principales cibles des lois successives de lutte contre la récidive.⁷ La prise en charge des AAS semble désormais particulièrement influencée par la notion controversée de « dangerosité » qui se situe au cœur du discours politique et de l'arsenal législatif.⁸ Il est important dès lors de s'interroger sur les impacts d'une telle succession de mesures sur la prise en charge psychiatrique pénitentiaire des AAS.

Alors que les mesures législatives se succèdent et durcissent le cadre de la politique de prévention de la récidive (I) en plaçant en son cœur le concept controversé de « dangerosité » (II), la prise en charge psychiatrique des AAS évolue progressivement, tout en faisant face à de nombreuses limites (III).

⁶ Prévoyant notamment l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire

⁷ Notamment la loi du 17 juin 1998, du 12 décembre 2005, du 10 août 2007 et du 17 juin 2008

⁸ Déclaration de Rachida Dati, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, le 21 septembre 2007, lors du Séminaire national *La Voix de l'Enfant* : « *Peut-on consciemment laisser sortir un prédateur sexuel qui a fini de purger sa peine, même quand on sait qu'il est encore dangereux ?* »

1 LES MESURES LEGISLATIVES SE SUCCEDENT, DESSINENT ET RENFORCENT LE CADRE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DE LA RECIDIVE

1.1 Une pression médiatique qui engendre un contexte anxigène dans l'opinion publique

Responsabilité des médias. Comme l'écrit Loïc Wacquant dans son article *Les impasses d'un modèle répressif* (in Le Monde diplomatique, mai 2002) : « *Le journal de 20 heures s'est mué en chronique des faits divers judiciaires, qui subitement fourmillent et menacent partout. (...) Les hebdomadaires regorgent de reportages révélant 'les vrais chiffres', 'les faits cachés' et autres 'rapports explosifs' sur la délinquance.* » Ce constat est partagé par Serge Halimi, qui écrit en ce sens dans *L'insécurité des médias*⁹ : « *Partout est ressassée la lancinante plainte sur l'inaction des autorités, l'impéritie de la justice et l'indignation apeurée ou excédée de citoyens victimes de ce climat d'insécurité*¹⁰ ».

Comme le rappelle le Rapport Lamanda¹¹, « *tous les faits, criminels ou délictuels, ne sont pas toujours dénoncés, ni élucidés* ». Selon des études internationales citées par ce rapport, **13,7 %** des délinquants sexuels commettent de nouveau une infraction sexuelle dans les cinq ans. « *La violence sexuelle est bien devenue la violence de notre temps* » selon Georges Vigarello (Histoire du viol, 1998) et elle influence désormais le calendrier et les orientations politiques des décideurs.

Une part d'affichage électoral. « *Le gouvernement multiplie les mesures d'affichage répressif dont même ses membres les plus obtus ne peuvent pas ignorer qu'elles n'ont aucune prise sur les problèmes qu'elles sont censés traiter*¹² ». En période électorale notamment, tous les candidats aux postes électifs promeuvent la sécurité au rang de priorité absolue de l'action publique. « *Et ils proposent à la va-vite les mêmes solutions primitives et punitives : intensification de l'activité policière, focalisation sur les récidivistes, accélération des procédures judiciaires,*

⁹ In Sainati, G., Bonelli, L., *La Machine à punir*, Paris, Dagorno, 2001

¹⁰ Collovald, A., *Violence et délinquance dans la presse : politisation d'un malaise social et technicisation de son traitement*, Editions de la DIV, Paris, 2000

¹¹ Rapport de Vincent Lamanda, Premier Président de la Cour de cassation, au Président de la République « *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux* »

¹² Wacquant, L., « *Les impasses d'un modèle répressif* », in Le Monde Diplomatique, mai 2002

durcissement des peines, extension du recours à la détention »¹³. Pourtant, il est démontré que l’incarcération est éminemment criminogène¹⁴ et ne résout pas les problèmes liés à la délinquance, notamment sexuelle. En effet le rapport Lamanda souligne que certains AAS peuvent avoir un comportement satisfaisant en prison mais présenter un risque fort de récidive. Les mesures prises à leur égard se concentrent depuis la fin des années 1990 sur la lutte contre la récidive. L’arsenal législatif demeure néanmoins, selon le rapport Lamanda, « *complexe et lacunaire* ». Le législateur répond aux attentes de l’opinion sans assurer la cohérence entre les différents textes votés. Généralement les mesures sont votées au coup par coup, après la médiatisation « d’affaires » ayant sensibilisé l’opinion publique (les AAS contribuent ainsi à modifier les priorités législatives en focalisant l’attention du grand public). Les décideurs politiques souhaitent réduire au maximum le risque de récidive, consacrant le « risque zéro » comme objectif prioritaire.

Dans ce contexte, les AAS occupent une place particulière. La sur-médiatisation « d’affaires » mettant en cause des pédophiles, dont certains multi-récidivistes (Emile Louis, Francis Holmes, Marc Dutroux ou Francis Evrard) a contribué à leur réserver un sort particulier, forgeant l’image dominante de l’AAS comme un « *monstre pervers récidiviste*¹⁵ » (les médias américains emploient aussi indifféremment le terme de « *prédateurs* »). Parce que leurs crimes touchent à l’intime, il est fait un traitement particulier de l’information en la matière. 98% sont des hommes, mais M. Manciaux rappelle que le climat incestueux est souvent le fait des mères¹⁶. Deux études sur la récidive¹⁷ rappellent que le taux de récidive de la population carcérale est de 59% pour l’ensemble des libérés, alors qu’il n’est que de 23% pour les AAS, dont 1,8% de récidives à l’identique en matière de viols, 3,7% pour l’inceste, contre 14% pour vols aggravés. Les AAS ne représentent aussi que 11% des retours en prison pour une nouvelle affaire (taux le plus faible de retour en prison). Ce qu’illustrent ces chiffres, c’est la déformation de la vision portée sur les AAS, entraînée par la médiatisation et la douleur des victimes. Désormais l’AAS est stigmatisé comme un délinquant chronique dont il faut prévenir la récidive (celle-ci est présentée comme quasi inéluctable par les pouvoirs publics).

¹³ Wacquant, L., « *Les impasses d’un modèle répressif* », in *Le Monde Diplomatique*, mai 2002

¹⁴ Wacquant, L., *Les Prisons de la misère*, Raison d’agir, Paris, 1999

¹⁵ Alvarez, J. et Gourmelon, N., *op.cit.*

¹⁶ Manciaux, M., *Enfances en danger*, Paris, 1997

¹⁷ Lecomte, Cl. et Timbart, O., *Les condamnés en état de récidive*, InfoStats Justice, n°68, juillet 2003

Les mesures législatives ne sont pas pour autant de simples dispositifs d'affichage destinés à rassurer une opinion publique présumée inquiète de ce que les médias relayent en matière de violence. Si le cœur de métier des psychiatres n'est pas fondamentalement ébranlé, la prise en charge des AAS est désormais liée à l'objectif de risque zéro en matière de récidive. La perception de l'AAS, sa stigmatisation au sein de la société et la politique du « risque zéro » ont contribué à légitimer les différentes mesures prises pour prévenir la récidive.

1.2 De cette pression découlent des mesures qui ont un impact sur la pratique psychiatrique auprès des AAS en milieu pénitentiaire

Le passage d'une logique de réinsertion à l'objectif d'une surveillance généralisée, préventive et d'un « risque zéro ». Les pouvoirs publics ont insisté à partir des années 1970 sur le volet de la « réinsertion sociale » du délinquant ; ainsi *« la libération conditionnelle, le sursis avec mise à l'épreuve, le travail d'intérêt général ou l'exemption de peine, ont eu principalement pour objet de favoriser et d'accompagner l'intégration du délinquant dans un processus normal de socialisation : acquisition d'une formation professionnelle, accès à l'emploi, maintien et renforcement des liens familiaux, obtention d'un domicile fixe »*¹⁸. Le recours aux peines alternatives à l'emprisonnement a été systématiquement incité afin de favoriser la réinsertion des délinquants. Néanmoins cette logique a rapidement fait place à un nouvel objectif de surveillance généralisée au regard notamment de l'impact médiatique des AAS récidivistes. Le législateur est ainsi intervenu pour enrichir la législation et l'adapter aux enjeux de la récidive (avec un renforcement du contrôle et de la surveillance des délinquants sexuels).

C'est à partir de la loi du 17 juin 1998 que le dispositif législatif à l'égard des AAS s'est durci et a influencé les modalités de leur prise en charge psychiatrique. Le suivi socio-judiciaire (SSJ) instauré dans le cadre de la loi de 1998 (avec notamment l'injonction de soins) a été renforcé par d'autres mesures telles que la surveillance judiciaire (loi du 12 décembre 2005) qui consiste à imposer au détenu, au moment où il sort de prison, un certain nombre d'obligations, dans un délai compris dans la limite des réductions de peines accordées. Selon le texte qui la prévoit, il ne s'agit

¹⁸ Rapport de Vincent Lamanda, op. cit.

pas d'une peine, mais d'une simple "*mesure de sûreté*" destinée à "*prévenir une récidive dont le risque paraît avéré*"¹⁹ ; elle peut donc être prononcée, contrairement au SSJ qui doit être prévu au moment du prononcé du jugement, quelle que soit la date de la condamnation et des faits, même si ceux-ci sont antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi du 12 décembre 2005²⁰.

La loi du 10 août 2007 priorise l'objectif de lutte contre la récidive. Elle entend répondre aux engagements du président de la République, Nicolas Sarkozy, en matière de sécurité des personnes et des biens et de lutte contre la récidive. Elle instaure des peines minimales pour les récidivistes de crimes et délits graves (articles 132-18-1 et 132-19-1) punis d'au moins 3 ans d'emprisonnement (dont les AAS font partie). **Par ailleurs, cette loi renforce le suivi médical des condamnés pour prévenir la récidive.** Auparavant, il existait une obligation de soins décidée par le juge comme alternative partielle ou totale à une peine d'emprisonnement (si violation : mise en détention provisoire). Selon une étude de 2006, 75% des condamnés pour infraction sexuelle en 1999 étaient soumis à une obligation de soins. Les traitements étaient prodigués en prison **sur la base du volontariat**. A la sortie de la détention, une injonction de soins pouvait être ordonnée dans le cadre d'un SSJ. **Cette loi étend et systématise l'injonction de soins** dans le cadre d'un SSJ (si l'expertise et le juge y sont favorables), d'un sursis avec mise à l'épreuve (SME) (le sursis est révoqué si l'injonction n'est pas respectée), d'une surveillance judiciaire et d'une libération conditionnelle. Le juge d'application des peines (JAP) peut toujours s'y opposer, malgré une expertise favorable à l'injonction. **La loi du 10 août 2007 renforce l'incitation au suivi médical en détention.** Elle supprime les réductions supplémentaires de peine en cas de refus de soins (mais le JAP peut y déroger). Elle supprime la libération conditionnelle en cas de refus de soins. Dans tous les cas, le principe de consentement aux soins est respecté.

La loi du 17 juin 2008 marque une avancée forte en matière de lutte contre la récidive avec la mise en œuvre de **la rétention de sûreté** qui consiste à placer le condamné, qui a accompli sa peine, dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté, dont l'objectif est "*une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à*

¹⁹ Ibid

²⁰ Loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales

permettre la fin de cette mesure”²¹. Désormais, **la surveillance de sûreté** impose au condamné à la fin de sa peine “*des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire mentionnée à l’article 723-30, en particulier une injonction de soins et le placement sous surveillance électronique mobile ...*”²². En revanche, la durée des mesures de rétention ou de surveillance de sûreté est prévue en termes identiques : **un an renouvelable d’année en année, sans aucune limitation dans le temps**²³. La rétention n’est applicable qu’aux délits jugés postérieurement à la loi du 25 février 2008²⁴. Il est important de noter l’intervention récente du législateur²⁵ qui complète la loi du 25 février 2008 relative à la détention de sûreté en s’appuyant sur les recommandations formulées dans le rapport Lamanda. Ce projet précise notamment que, pour pouvoir être placée en rétention de sûreté après l’exécution de sa peine, la personne doit avoir été en mesure durant sa détention de bénéficier d’une prise en charge adaptée au trouble dont elle souffre.

2 LA DANGEROUSITE : UNE NOTION POLYSEMIQUE ET CONTROVERSEE

2.1 Les définitions et l’évaluation de la dangerosité

Le mot dangerosité dérive du latin « *dominarium* » qui signifie pouvoir, lui-même issu de « *dominus* », seigneur. La notion de dangerosité apparaît officiellement dans la langue française en 1969 témoignant de l’émergence dans la collectivité d’une représentation polysémique relative au risque, au danger, à la menace et à l’atteinte de l’intégrité des individus. Selon J.F. Burgelin, magistrat français, la dangerosité, dans son acception criminologique, peut se définir comme « *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens*²⁶ ». L’évaluation de l’état dangereux se confond alors avec le pronostic de la réitération et de la récidive.

²¹ Article 706-53-13 du Code de procédure pénale

²² Article 706-53-19 du Code de procédure pénale

²³ Article 706- 53-16 pour la rétention de sûreté ; Article 706-53-19 pour la surveillance de sûreté

²⁴ Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n°2008-562 du 21 février 2008 a estimé que la rétention de sûreté ne pouvait être appliquée qu’à des personnes ayant commis des faits postérieurement à l’entrée en vigueur de la loi : « *Considérant, toutefois, que la rétention de sûreté, eu égard à sa nature privative de liberté, à la durée de cette privation, à son caractère renouvelable sans limite et au fait qu’elle est prononcée après une condamnation par une juridiction, ne saurait être appliquée à des personnes avant la promulgation de la loi...* ».

²⁵ Loi du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédures pénales

²⁶ Rapport de la Commission santé-justice : *Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive*, juillet 2005

En 2005, le législateur semble préoccupé par la dangerosité potentielle des AAS quand il énonce ²⁷: « lorsqu'une personne a été condamnée à une peine (...) le juge de l'application des peines peut (...) ordonner à titre de mesure de sûreté et aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré, qu'elle sera placée sous surveillance judiciaire dès sa libération ». La loi précise, dans l'article 723-31, que le risque de récidive sera apprécié par une expertise médicale. Cette loi a été complétée par la loi de 2008 sur la rétention de sûreté abordée précédemment. Les juristes distinguent plusieurs types de dangerosités mais retiennent principalement deux dimensions :

- la **dangerosité psychiatrique** ou manifestation symptomatique de la maladie mentale à l'origine du problème,
- la **dangerosité criminologique**, qui considère le problème en intégrant les caractéristiques de la victime et du contexte afin de déterminer les risques de récidive.

Ce concept, polysémique, est ainsi utilisé de différentes façons. Dire que quelqu'un est « dangereux », c'est supposer qu'un acte agressif risque d'être commis dans l'avenir par un individu. Il s'agit donc d'une hypothèse, d'un pari sur l'avenir, d'une prédiction, **d'une tentative d'objectivation d'un risque**. « *Mais, comment peut-on s'arroger le droit de prédire l'avenir d'une personne et de la figer dans son devenir lorsqu'on la qualifie de dangereuse ? C'est pourtant une nécessité si l'on veut prévenir une agression ou une récidive d'agression. Ce défi revient à la psychiatrie* », a confié l'un des psychiatres rencontrés.

L'évaluation de la dangerosité. La responsabilité du médecin expert s'en trouve singulièrement alourdie puisque c'est à partir de son appréciation pronostique que des mesures prenant la forme d'enfermement peuvent être prises, légitimant des mesures de privation de liberté dans des établissements spéciaux (centre de rétention). Le psychiatre-expert comprend difficilement ce que la justice attend de lui : non plus un diagnostic mais plutôt un pronostique.

²⁷ Article 723-29 de la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

Selon le docteur Coutanceau, psychiatre²⁸, l'approche de la dangerosité doit permettre d'étudier l'évolution de la personnalité du sujet, le rapport de celui-ci aux faits, son degré de reconnaissance de ces mêmes faits, le degré d'une contrainte éventuelle sur le sujet, son vécu surmoïque²⁹, sa capacité à appréhender le retentissement psychologique de la victime et le rapport du sujet à la loi.

Jusqu'aux années 1980, l'évaluation de la dangerosité consistait en une évaluation clinique générale où l'organisation de la personnalité constituait l'élément central. Une telle approche était considérée comme suffisante pour apprécier la dangerosité potentielle. Toutefois, le docteur Monahan, psychiatre³⁰ a dressé le constat que plus des deux tiers des prédictions de récidives établies par les psychologues ou psychiatres, ne se concrétisaient pas. Ces constats ont pu conduire les cliniciens à avoir des outils d'aide à l'évaluation de la dangerosité de ces derniers.

Des outils d'aide à la décision. L'objectif principal de ces outils est d'aider le clinicien (psychiatre, psychologue,...) à évaluer le risque de récidive d'agression sexuelle de manière objective. Ils peuvent aider à rendre plus fiable, plus précis, le jugement clinique. La grande majorité des outils d'évaluation est issue d'études anglo-saxonnes ou d'études franco-canadiennes.³¹ Nous citerons plus particulièrement ceux que la Haute Autorité en Santé recommande :

Les instruments actuariels sont développés à partir de facteurs de risques plutôt invariables, statistiquement liés aux comportements sexuels et/ou violents. Ils sont simples et rapides à utiliser, ils regroupent des éléments démographiques et ceux liés à l'histoire de la personne : le **VRAG** (*Violence Risk Appraisal Guide*) est un outil de prédiction du risque de récidive d'agression sexuelle et d'agression violente entre les AAS et AAS avec des troubles mentaux ; le **SORAG** (*Sex offender risk appraisal guide*) introduit des variables plus spécifiquement sexuelles et comprend quatorze items dont l'existence de condamnation antérieure pour agression sexuelle,

²⁸ Psychiatre et directeur de Centre Médico-Psychologique pour adultes de La Garenne-Colombe (92)

²⁹ Adjectif relatif au surmoi, un des trois constituants de la personnalité qui correspond au sens moral

³⁰ Monahan, J., *Predicting violent behavior : An Assessment of clinical techniques*, London, Sage, 1981
Monahan, J., *The prediction of violent behaviour : Toward a second generation of theory and policy*, American Journal of Psychiatry, 1984
Monhan, *Risk assessment of violence among the mentally disordered : Generaing useful knowledge. International, Journal of Law and Psychiatry*, 1988

³¹ Rapport de la Haute Autorité en Santé, *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle des mineurs de moins de quinze ans*, juillet 2009

de victime féminine de moins de quatorze ans, de troubles de la personnalité et d'antécédents de problèmes avec l'alcool.

Un des **reproches adressé aux instruments actuariels** est qu'ils évaluent le risque de récidive à long terme mais n'identifient pas les changements thérapeutiques, les besoins sanitaires ainsi que le moment de la récidive potentielle.

Ces limites ont conduit au **développement d'instruments de type structurés**. Ces instruments sont plus utilisés comme aide-mémoire. Ils présentent l'avantage d'être standardisés ; ils ne se limitent pas à la prédiction mais se soucient aussi de la gestion de celle-ci : le **HCR 20** (*Historical Clinical Risk 20*) évaluation du risque de récidive violente dynamique : il prend en compte les facteurs environnementaux, sociaux, situationnels ; le **RSVP** (*Risk for Sexual Violence Protocol*) : cet instrument ne se limite pas à la gestion prédictive mais peut aussi aider à la gestion (histoire de la violence sexuelle, adaptation psychologique - minimisation, déni-, trouble mental, ajustement social, gestion).

L'**avantage** de l'utilisation de ces instruments d'évaluation est qu'ils ont une validité prédictive améliorée par rapport aux seules approches cliniques. Ils tendent vers une uniformisation et répondent ainsi à un besoin d'objectivation. Un risque d'utilisation abusive de ces outils constitue leur **limite principale** ; ils représentent une indication et non pas un critère décisionnel. Les utilisateurs doivent donc être bien formés. De plus, il importe de réévaluer le risque régulièrement.

L'évaluation de la dangerosité constitue donc une tâche délicate à laquelle sont confrontés l'institution judiciaire, les professionnels de santé, notamment les psychiatres, comme les personnels pénitentiaires, et ce, dans un domaine où la société ne tolère plus d'erreur d'appréciation. Pour autant, il est nécessaire de ne pas laisser l'opinion publique dans l'illusion qu'il est possible de déterminer avec certitude si un individu est, ou non, un récidiviste en puissance. Compte tenu des paramètres à prendre en compte et comme l'actualité le démontre régulièrement, il ne peut être mis à la charge des magistrats ou des professionnels de santé une obligation de résultat. Ceux-ci ne sauraient être soumis qu'à une obligation de moyens, sous-entendant prudence, diligence et compétence.

2.2 Une appropriation non partagée du concept

Au cours des différents entretiens, nous avons pu constater que le concept de dangerosité était générateur d'une certaine forme de clivage entre deux univers pourtant amenés à travailler ensemble : la santé et la justice. Cette apparente dichotomie est organisée non seulement autour de la définition même du concept et de son appartenance à tel ou tel champ, mais aussi autour de notions telles que le partage d'informations, ou encore le rôle du psychiatre.

Une définition problématique. Au cours des six entretiens menés auprès des professionnels de santé, un seul des interviewés s'est véritablement « risqué » à proposer une définition de la dangerosité. Certains, comme Mme K., éludent rapidement la question pour dévier vers les conséquences d'un comportement dangereux ou leur ressenti face à la récurrence : « *La dangerosité ? Nous n'en parlons pas mais nous l'avons dans la tête. Quand il y a récurrence, nous ne nous sentons pas bien. Il faut l'accepter mais ce n'est pas facile. Pour les centres de rétention, je ne suis pas vraiment pour, mais lorsque nous sommes inquiets de laisser sortir quelqu'un sans rien, il faut pouvoir proposer une solution de recours.* » D'autres, comme le Dr B. et Mr L., précisent que les AAS ne sont pas tous des malades mentaux, renvoyant ainsi le concept dans le champ de la criminologie. Pourtant, ces mêmes professionnels n'hésitent pas à annoncer que, contrairement à la plupart de leurs confrères (ils précisent en avoir conscience), l'évaluation ne leur pose pas problème (ils sont d'ailleurs rejoints sur ce point par le Dr B.). Ils soulignent l'existence de méthodologies très pointues de mesure de la dangerosité, ainsi que de la prédiction du risque de rechute : « *Ces méthodes sont plus performantes que la conviction intime d'un médecin qui suit un patient depuis 10 ans. Elles adoptent des critères objectifs.* » M. C., quant à lui, situe le concept au regard de la souffrance du patient. Il évoque un échec du passage à la verbalisation, décrit un effet "cocotte-minute" qui conduit au passage à l'acte.

Bien que positionnant le concept de dangerosité dans un champ criminologique, le Dr K., comme précisé plus haut, sera le seul à nous en proposer une définition: « *C'est un concept, vous ne l'ignorez pas, qui est criminologique et non pas psychiatrique. Il domine actuellement le champ pénal. C'est un concept auquel est rattaché une notion, la question de la récurrence, c'est-à-dire la*

prédictibilité. Est dangereux celui qui pourrait re-commettre ou répéter une infraction. Il a fait preuve de dangerosité, certes, mais la question de la dangerosité interroge sur le risque de répéter le même comportement. Alors, c'est de la criminologie. Aujourd'hui, on ne peut répondre à la question de la prédictibilité de façon absolue. On ne peut parler que de facteurs de risque." Pour le Dr K. donc, dangerosité et récidive se rejoignent et il semble moins optimiste que ses collègues sur la fiabilité de l'évaluation.

C'est seulement plus tard, au cours de l'entretien, qu'il fera un distinguo entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique, en réponse à une question embarrassante. Lorsque nous l'interrogeons sur ce qu'il ferait s'il détectait une personne potentiellement dangereuse pour elle ou pour autrui et susceptible d'être libérée, il répond : "*là, je n'ai pas été très complet, il est convenu que l'on puisse reconnaître une notion, et c'est encore discutable, de ce qu'on appelle la dangerosité psychiatrique. On n'a pas mieux comme modèle de réflexion. Ce modèle de réflexion, c'est un peu artificiel, c'est schématique, mais ça rend service et je n'en ai pas d'autre, c'est de faire une dichotomie entre la dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique."* Ainsi, aux yeux de ce praticien, ces deux angles d'approche du concept de dangerosité, tels que nous les avons retrouvés dans plusieurs publications, seraient un modèle construit, permettant à chacun de se retrouver dans son champ d'expertise. Ce premier élément d'analyse témoigne d'une **réelle difficulté des professionnels à s'approprier le concept de dangerosité**. Il en découle une vraie problématique dans l'exercice même de la profession de psychiatre.

Thérapeute et expert, un choix impossible ? Le clivage santé / justice se repère également au niveau des activités des médecins psychiatres, comme nous l'explique le Dr K, en répondant à une de nos questions autour du concept de dangerosité : « *Mais pour répondre à la question, et dans le champ qui m'intéresse, celui de la psychiatrie, il faut avoir une position particulière. Et cette position, c'est la position de l'expert. La question de la dangerosité ne doit en aucun cas faire partie des attentes des autorités par rapport au psychiatre traitant. Ça explique clairement, je dirais, une petite dichotomie dans le fonctionnement d'un SMPR, entre les acteurs de soins qui ne doivent pas s'intéresser à la prédictibilité et des acteurs au demeurant très importants, qui sont les experts judiciaires psychiatres pour la*

plupart, ou psychologues occasionnellement. C'est très important. Je suis moi-même occasionnellement expert, mais certainement pas à l'endroit où je pratique les soins. Ces questions sont importantes, mais il faut savoir à qui on les pose. Il y a deux champs, le champ des soins, et le champ de la dangerosité, par rapport aux comportements dommageables, c'est le champ judiciaire et de l'expert." Le Dr G a la même approche lorsqu'elle précise: « Comment respecter l'espace de parole pour pouvoir parler par exemple de ses pulsions lorsque l'on sait qu'un diagnostic de risque de récidive peut déclencher un dispositif de répression ? »

Le psychiatre peut donc avoir deux fonctions distinctes : sa première fonction, il l'exerce auprès du détenu. Il est là dans un rôle de thérapeute et ses objectifs professionnels sont uniquement orientés vers l'individu. Dans le cadre de cette activité, il peut toutefois être amené à suspecter un risque de récidive. Quelle position doit-il alors adopter vis-à-vis des autorités judiciaires ? Sa seconde fonction, il l'exerce comme expert auprès des tribunaux. Il doit alors émettre un avis sur la dangerosité et sur le risque de récidive. Il porte ce faisant une lourde responsabilité vis-à-vis de l'individu, mais aussi vis-à-vis de la société.

3 L'ÉVOLUTION DES NOUVELLES PRATIQUES PSYCHIATRIQUES AUPRES DES AAS DETENUS

3.1 Etat des lieux des pratiques : approche psychanalytique, traitements hormonaux, et approche comportementale

La prise en charge des AAS en prison s'est d'abord axée sur les psychothérapies individuelles fortement inspirées des théories psychanalytiques « classiques » freudiennes. Cependant, la méthode théorique utilisée ordinairement dans le cadre de la psychanalyse ne pouvant pas être transposée pratiquement dans le milieu pénitentiaire (locaux inadaptés, fréquence et durée limitée des entretiens avec le psychothérapeute), l'accompagnement du détenu en la matière prend alors la forme d'une psychothérapie psychodynamique individuelle. Celle-ci est assurée par un psychothérapeute et prend la forme de séances d'une durée et d'une fréquence variables selon les moyens disponibles au sein de l'établissement, la volonté du détenu ainsi que de l'ampleur de ses besoins. Elle a pour objectif, pour l'infracteur sexuel, de lui permettre de donner du sens à sa conduite déviante, de l'accompagner

dans sa recherche volontaire et consciente afin de l'aider à comprendre et à apaiser ses conflits inconscients. En effet, les infractions sexuelles, si elles peuvent présenter un certain caractère de similarité dans les faits, ont bien souvent des explications différentes selon les motivations diverses, conscientes ou inconscientes, de leurs auteurs. Une fois cette motivation saisie, le travail du thérapeute consistera à amener le patient à prendre conscience, à déclencher chez lui des déclics qui lui permettront de développer d'autres types de fonctionnement que ceux qui l'amenaient, avant cette prise de conscience, à commettre des agressions sexuelles. Ce type de thérapie peut se poursuivre pendant une durée indéterminée et il appartient au professionnel de déterminer à quel moment celle-ci devra prendre fin.

Cependant, si elle peut être bénéfique pour certains AAS, cette modalité de prise en charge peut présenter certaines limites. L'une d'elle réside tout d'abord dans le caractère individuel de la thérapie. Le patient se retrouve alors seul face à lui-même et peut parfois rencontrer des difficultés concernant le travail d'introspection, de questionnement et de retour sur son acte nécessaire à la recherche de sa motivation profonde. Par ailleurs, de par la relative liberté de cheminement d'esprit qu'elle octroie au patient, elle peut également être prétexte pour certains AAS manipulateurs à instrumentaliser le thérapeute afin, par le retour que ce dernier va l'amener à faire sur l'agression commise, de revivre la scène et d'en tirer une certaine jouissance. Les séances thérapeutiques aboutiront alors à l'objectif inverse de celui visé, à savoir la perpétuation des pulsions déviantes par la répétition mentale des crimes et délits commis à l'origine de la condamnation du détenu. Un psychiatre d'un UCSA a particulièrement remis en cause la performance de l'approche psychanalytique pour les AAS, du moins lorsqu'elle est pratiquée à titre exclusif : « *La psychanalyse est-elle adaptée aux AAS ? Dans la psychanalyse, il y a ce principe de neutralité bienveillante. On ne juge pas le désir de l'autre. Ça va amener le patient à jouir de son désir en toute liberté. Il est bien connu que des AAS vont utiliser l'analyse pour devenir encore plus déviantes. Dans le travail analytique, à un moment donné, le patient se retrouve à la croisée des chemins : il y a arrêt des pratiques déviantes, ou poursuite et accentuation. Moi ça me semble problématique. Moi, je pense qu'il est de mon devoir de proposer quelque chose dont découle une position éthique. Et puis il y a un problème avec les psychanalystes : la plupart sont psychologues, ils n'ont pas étudié la psychanalyse. Et ils n'ont même pas fait de d'analyse personnelle. Moi j'ai fait la mienne, ça me semble nécessaire.* » Ces

reproches faits à la psychanalyse peuvent conduire certains psychiatres à s'en prendre aux psychologues pratiquant des psychanalyses.

Enfin, certains estiment que traiter les patients selon une approche d'inspiration psychanalytique conduit à ne prendre en compte que la dimension psychologique de l'individu au détriment des dimensions biologiques et sociales. Ces dernières sont, de l'avis de nombreux professionnels indispensables à étudier pour parvenir à appréhender de manière exhaustive le fonctionnement propre à chaque AAS. C'est pourquoi psychologues et psychiatres ont, depuis quelques années, de plus en plus tendance à privilégier **l'approche cognitivo-comportementale** qui, de leur point de vue, englobe ces deux paramètres supplémentaires. Nous développerons cette pratique psychiatrique et ses apports ci-dessous.

Un autre moyen de prise en charge des AAS consiste à leur administrer un traitement hormonal anti-androgène. La loi du 12 décembre 2005 sur le traitement de la récidive des infractions pénales a en effet inscrit dans la réglementation du SSJ la possibilité de suivre un traitement dit "chimique", traitement prescrit par le médecin et non par le juge dans le cadre de l'injonction de soins. L'article L. 3711-3 du Code pénal prévoit que *"le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministère de la santé et qui entraînent une diminution de la libido, même si l'autorisation de mise sur le marché n'a pas été délivrée pour cette indication"*.

Associé à un soutien psychothérapeutique, les AAS vont donc généralement recevoir des **traitements médicamenteux de type hormonal anti-androgène**. Ce type de traitement s'avère particulièrement adapté pour suivre le patient dès la fin de sa détention mais il peut également être prescrit afin de préparer cette sortie environ six mois avant celle-ci. En effet, il a pour but de prévenir la récidive en bloquant la sécrétion des androgènes, en particulier la testostérone, ce qui permet d'anéantir les fonctions naturelles de libido et de capacité d'érection. Ceci va donc empêcher le patient de passer à l'acte. Les anti-androgènes sont particulièrement recommandés pour empêcher la récidive des pédophiles multirécidivistes ou déficients intellectuels³².

³² Thibault F., Cordier B., Psychotropes et chimiothérapie hormonale, *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, p 291.

Cependant, en raison des nombreux effets secondaires qu'elle entraîne, cette prise en charge hormonale doit se conformer à un certain nombre de recommandations, notamment l'obtention du consentement du patient après l'avoir informé de la probabilité de ces effets secondaires ou encore la réversibilité du traitement, l'arrêt de ce dernier devant aboutir à un fonctionnement hormonal normal. De plus, pour certains de ces médicaments tel l'Androcur®, la loi prévoit que leur prescription doit être effectuée dans le cadre d'une décision pluridisciplinaire associant, notamment, un endocrinologue. Par ailleurs, l'administration de substances anti-androgènes connaît une contre-indication relative aux personnes souffrant de psychose, d'épilepsie, présentant des risques d'embolie pulmonaire ou n'ayant pas dépassé le stade de la puberté.

Enfin, il est nécessaire de souligner que **ces traitements ne constituent pas une solution universelle** permettant de prévenir la récurrence de l'intégrité des AAS qui, comme nous l'avons relevé précédemment, obéissent à des logiques psychiques et biologiques diverses. Selon certains spécialistes, un traitement anti-hormonal ne serait opérant que pour 10 à 15% des pédophiles³³. En effet, comme le souligne le psychologue Pierre Colart, ceux-ci n'ont d'intérêt que pour les personnes présentant des problèmes de compulsion et qui se font dépasser par leurs pulsions sexuelles. Ainsi, on peut douter du fait que les anti-androgènes soient de nature à empêcher les agressions sexuelles répondant à des pulsions de nature sexuelle associées à des pulsions de violence. De plus, selon certains professionnels au nombre desquels le psychiatre Jean-Pierre Choquet, la « castration chimique », qui n'est pas à proprement parler une castration étant donné son caractère de réversibilité, n'est adaptée que dans les cas où le patient présente un sentiment de culpabilité et une envie d'évoluer. Il est donc nécessaire que la structure de la personnalité du patient soit de nature à déclencher cette évolution. **Aucune certitude n'existe donc concernant l'efficacité de tels traitements pour les AAS** présentant une perversité intellectuelle sévère, non forcément en lien avec la présence de pulsions sexuelles. Par ailleurs, la castration chimique demeure soumise au consentement des détenus ; les projets et propositions de loi, telle que celle déposée le 27 septembre 2007³⁴ par le député Bernard Debré tendant à imposer la castration chimique aux personnes condamnées après avoir commis une agression sexuelle, ayant été rejetés. La loi du

³³ , S. Baron-Laforêt, *Castration chimique, état des lieux*, Libération, 2 octobre 2009

³⁴ Proposition de loi relative à la castration chimique des criminels sexuels, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2007

10 mars 2010³⁵ tend à faire du traitement hormonal un soin contraint et non plus seulement consenti : en effet, les condamnés pour crime sexuel qui refuseraient ou interrompraient le traitement prescrit par le médecin traitant dans le cadre d'une injonction de soin pourront faire l'objet d'une incarcération. Le médecin traitant doit rendre compte de l'arrêt du traitement au médecin coordonateur, qui a "*l'obligation d'informer les juges de toute interruption de traitement*"³⁶.

Le développement récent de l'approche cognitivo-comportementale : les thérapies de groupe. L'approche dite « cognitivo-comportementale » est née dans les pays anglo-saxons à la fin des années 1990, le Canada en étant le principal instigateur. En 2001, la Conférence de consensus pour la prise en charge des AAS avait recommandé la mise en place de groupes thérapeutiques. Ces pratiques ont été initiées à l'établissement de Fresnes et se sont développées au cours des cinq dernières années dans la majorité des établissements accueillant des AAS. En Europe, chaque pays n'a adopté qu'une partie des pratiques cognitivo-comportementales, et s'est attaché à les adapter à son contexte de travail. Si les techniques comportementales ont émergé en France parallèlement à l'effort accentué de prévention des récidives, les praticiens psychiatres rencontrés n'ont pas tous fait de lien entre les deux. L'un des psychiatres nous a présenté ces nouvelles pratiques avant tout comme une réponse à l'objectif *judiciaire* de prévention de la récidive, tandis que d'autres évoquent une logique purement *sanitaire*. Les techniques cognitivo-comportementales auraient été pensées dans le milieu de la recherche médicale, qui en aurait élaboré les contours et démontré la potentielle efficacité. Ces pratiques auraient notamment émergé dans un contexte de remise en cause des techniques existantes, comme l'approche psychanalytique, dont nous avons parlé précédemment.

Lors de nos entretiens, nous avons pu recueillir plusieurs exemples de pratiques cognitivo-comportementales, principalement dans les établissements de Ploemeur, Melun, Caen et Fresnes. Généralement, les travaux de groupes ont lieu parallèlement au suivi individuel, les deux approches étant complémentaires et non concurrentes. Les groupes se tiennent une à deux fois par semaine et sont animés par

³⁵ Loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale

³⁶ Ibid

deux personnes, psychologues ou psychiatres, selon les facilités de service. Les groupes reposent sur des thèmes divers, s'adressant aux AAS dans leur ensemble, ou seulement certains d'entre eux ayant un profil particulier (par exemple, le groupe de parole de l'établissement de Melun portant sur le rôle de la paternité est à destination des pères incestueux). La plupart de ces établissements ont mis en place un groupe d'art ou de musico-thérapie, qui aide au travail de verbalisation ; un groupe portant sur la culpabilité, la responsabilité, les victimes, qui favorise la confrontation au déni, la reconnaissance de la souffrance des victimes ; ou encore un groupe « prévention de la récidive », qui amène les patients à reconstituer « la chaîne de l'agressivité », les causes et ressorts émotionnels qui sous-tendent le passage à l'acte, tels que les conflits, ou les fantasmes déviants³⁷. Ces groupes permettent au patient de mieux se connaître, de prendre conscience de sa responsabilité dans les actes commis et l'invite à « prévenir et désamorcer » la chaîne de l'agressivité.

Il est à noter que l'établissement de Ploemeur fait précéder chaque thérapie de groupe d'une « **thérapie de mindfulness** », que l'équipe traduit par le terme de « *thérapie de la pleine conscience* ». Il s'agit d'exercices de méditation, de respiration, qui aident le patient à apaiser ses émotions, son mental. L'équipe psychiatrique considère ces exercices comme un préalable nécessaire au travail de groupe : « *La mindfulness, ça permet d'apaiser tout le groupe en ¾ d'heure, de mettre le groupe en confiance. C'est nécessaire. Je ne crois pas du tout que l'on puisse faire deviser des AAS sur les événements les pires de leurs vie comme ça, sans préparation mentale, car ils sont tout de suite débordés par l'émotion* ». Cette technique permettrait également de tisser des liens dans le groupe, elle serait aussi « *un outil de gestion du stress de l'incarcération* », et « *un outil de développement d'une attitude métacognitive, c'est-à-dire de prise de conscience de processus mentaux, corporels* » (identification des pulsions, de leur cause.)

A notre demande, nos interlocuteurs nous ont expliqué l'avantage des travaux de groupes et la plus-value qu'ils représentent par rapport au seul suivi individuel. Tout d'abord, le groupe produit un « **effet de miroir** » : il permet à chacun de se confronter à l'autre. Face à l'histoire des autres, le patient peut identifier des ressemblances et des différences, et finalement prendre conscience de lui-même. De plus, la confrontation aux histoires verbalisées par le groupe peut conduire à rompre

³⁷ Pratiques en santé mentale, *Psychiatrie et prison – Quels soins face à l'inflation des mesures carcérales*, pp 45-52, n°4, novembre 2003

le silence, et lever certains secrets. Enfin, elle permet d'évaluer les progrès éventuels qui ont pu être réalisés depuis le début de sa prise en charge par le détenu grâce à l'élaboration d'échelles destinées à mesurer, par exemple, son niveau d'empathie, d'impulsivité ou sa capacité à prendre ses responsabilités.

De plus, l'approche cognitivo comportementale est souvent présentée comme un moyen de **pallier les insuffisances du suivi individuel** : en effet, le groupe va aider le patient à surmonter certains blocages, rencontrés durant le travail d'analyse et qui sont un obstacle à la poursuite de celle-ci. Il favorise également l'apprentissage du respect à l'égard des autres individus et des règles. Un psychiatre témoigne : *« Il y a des choses que l'on ne peut faire émerger qu'en travail de groupe. Alors qu'il est seul durant sa psychanalyse, le patient doit faire avec l'autre dans le travail de groupe. Il doit respecter des limites éthiques face au groupe et il ne peut pas faire n'importe quoi. Il doit respecter le désir de l'autre. [...] Par exemple : le groupe a un règlement intérieur. Et bien il n'y a jamais besoin de le rappeler ! Les patients comprennent son intérêt. Une dimension de respect s'est construite. Par exemple, il est convenu que personne ne doit répéter ce que quelqu'un dit pendant une séance. »* Enfin, **le groupe aide certains patients à exprimer leurs pensées**. Or, la verbalisation est un préalable nécessaire au suivi de leur psychanalyse. Une équipe soignante rencontrée estimait que les thérapies de groupes avaient réellement permis aux patients de réinvestir le suivi individuel. Cette même équipe nous a indiqué que le programme des groupes, conçu initialement pour une durée de quatre mois, avait finalement duré neuf mois, les patients s'estimant satisfaits de la complémentarité des approches.

3.2 Limites et perspectives de la prise en charge psychiatrique pénitentiaire des AAS

Le système actuel a évolué ces dernières années vers plus de cohérence, de connaissances dans un environnement complexifié par les représentations sociétales des violences sexuelles à fort impact médiatique. Dans ce cadre, le concept de dangerosité et la prévention de la récidive sont devenus de plus en plus prégnants, mettant en exergue des difficultés et limites tant en termes d'insuffisance de moyens que de coordination entre santé et justice. Cependant, de nouvelles perspectives se dessinent, censées favoriser une amélioration des prises en charge.

Le constat actuel est celui d'un **déficit en professionnels**, notamment en médecins psychiatres dans leurs différents exercices (expertise, coordination, soins). Cette carence en moyens humains s'explique en partie par la réticence des psychiatres à exercer en milieu pénitentiaire, plus particulièrement auprès des AAS. Les responsabilités qui pèsent sur eux (pressions législatives et médiatiques notamment) grandissent. Le Dr K. précise: " *J'ai une difficulté pour recruter. Et c'est un très bon indicateur. Parce qu'il y a beaucoup de responsabilités, parce que c'est ingrat, on est malmenés dans nos métiers, on n'est pas dans une situation de pratiques tout à fait simples. Il suffit de regarder la cartographie, la répartition des médecins, c'est clair, on est les parents pauvres. Les postes sont existants mais non pourvus. C'est un révélateur.* » La circulaire DHOS/F2/F3/DSS/2008/356 du 8 décembre 2008 prévoit de renforcer les moyens des établissements pénitentiaires accueillant essentiellement des AAS, afin d'étoffer les équipes.

Dans le champ de l'expertise psychiatrique, la 5^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie intitulée « *Psychopathologies et traitements actuels des AAS* » de 2001 insiste sur le nombre insuffisant d'experts psychiatres bien formés, pointant ainsi le risque de non application de la loi du 17 juin 1998. Elle recommande d'améliorer la formation des médecins psychiatres à l'expertise ainsi que les conditions pratiques de réalisation. Cette dernière a été parfaitement illustrée dans l'entretien que nous avons mené auprès de la responsable du CRIAVS de Basse Normandie qui déclare qu' « *il existe un vrai déficit aujourd'hui sur notre territoire en experts psychiatres, d'ailleurs moi-même je n'en fais pas. On a actuellement des experts qui, du fait du déficit, ne font quasiment que cela avec le risque d'être coupés de l'aspect clinique à terme* ». A cette difficulté s'ajoute un système qu'elle qualifie « *à double détente* ». En effet, dans son exercice d'expertise, le psychiatre doit de plus en plus se justifier quant à l'évaluation de la dangerosité criminologique, aussi bien au moment de la remise de son rapport au juge que devant la Cour d'assises. Dans ce système, la question de la dangerosité criminologique est devenue « *plus prégnante* » ces dernières années et aujourd'hui dit-il « *la question du risque de réitération est systématiquement posée dans le cadre de l'expertise* ». Cela constitue aujourd'hui une vraie limite dans le champ de la responsabilité car la prédiction de la récurrence s'inscrit pour l'expert dans un contexte et un environnement d'où il est particulièrement difficile d'extraire et de fournir des réponses. Quant au Dr G., elle

va jusqu'à proposer une solution: « *Je pense qu'il serait nécessaire de rendre obligatoire que les médecins psychiatres aient une obligation de consacrer une partie de leurs activités à des expertises, qu'ils exercent en milieu hospitalier ou libéral* ». Enfin, les entretiens menés ont montré combien **les fonctions de médecin coordonnateur** ont encore du mal à être pourvues. A Niort, par exemple, le CRIAVS ne dispose pas de médecin coordonnateur.

La coordination est problématique. L'articulation et la coordination posent également une vraie difficulté tant entre les services pénitentiaires et les services de santé, qu'entre les différents établissements. On observe un déficit de communication des dossiers judiciaires et médicaux lors du transfert d'un AAS **entre établissements** comme l'entretien de Fresnes l'a souligné. On constate aussi, **au sein d'un même établissement**, des difficultés de communication entre les services pénitentiaires et les équipes soignantes. Les soignants, attachés au respect du secret médical, sont réticents au partage d'informations avec le milieu pénitentiaire. Ainsi le Dr K. déclare : « *Pour les détenus, c'est consigné dans des dossiers et ces dossiers sont mis à l'abri. C'est fondamental, il ne faut pas que les cloisons soient poreuses entre le milieu pénitentiaire et le milieu sanitaire. Il y aurait une perte de confiance et donc une impossibilité de travailler. Aujourd'hui, il y a une tendance de la part de l'administration pénitentiaire à partager ce qu'on appelle le secret. Quelle est la limite entre ce qui peut être dit et ce que nous devons absolument garder, ça fait tout un débat. Il y a une volonté de vouloir tirer parti de nos fonctions pour connaître, pour organiser, pour gérer. Et nous, on est au service de l'individu et non pas au service de l'institution. Il faut aussi avoir des contacts, mais il faut savoir doser, et ne pas se laisser instrumentaliser.* »

Les équipes soignantes se plaignent également d'un manque de communication des informations judiciaires concernant les AAS. Les entretiens ont montré que les psychiatres n'obtenaient pas toujours le résumé précis des faits à l'origine de la condamnation. La création de la fonction de médecin coordonnateur, lien permanent entre le sanitaire et le judiciaire a été parfois considéré comme une remise en cause du principe de confidentialité des soins. Un médecin précise : " *Le psychiatre informe le médecin coordonnateur de toute modification de traitement. Le médecin coordonnateur, à son tour, peut informer le juge d'application des peines. On voit bien là que le secret médical est à nouveau très affaibli.* " Un second renchérit: « *En*

tant que psychiatre coordonnateur, tous les ans, je dois rendre compte des visites et des informations que je peux recevoir du SPIP, ou du psychiatre ou du psychologue traitant. Le psychiatre s'engage, et du coup, voit sa marge de manœuvre réduite ». Cependant, un des établissements a souligné une bonne collaboration avec les services pénitentiaires : « Chez nous, ce n'est pas seulement de la coopération, c'est de la coordination. Coopérer, ça veut dire que l'un peut aider l'autre pour une chose spécifique. Se coordonner, signifie que l'un s'efforce d'agir de façon à ce que l'autre puisse remplir sa mission. »

La prise en charge thérapeutique connaît des limites. Nous avons constaté au travers des entretiens combien les avis divergent. Le rapport conjoint IGSJ/IGAS de juin 2001 rappelle que les traitements ne font pas l'objet de consensus et sont mal codifiés. Si des progrès ont été faits, il existe encore **des pratiques assez hétérogènes au plan national**. Aujourd'hui, les thérapies individuelles semblent céder le pas aux thérapies de groupe supposées plus pertinentes. On constate une certaine hétérogénéité, même si l'ensemble vise l'objectif d'une amélioration du fonctionnement psycho-social. Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS de 2009 visent à aplanir ces difficultés tout en laissant une place suffisamment large aux soignants pour s'approprier différents outils permettant une prise en charge adaptée et individualisée.

De **nouvelles perspectives** se dessinent aujourd'hui dans les modalités de prise en charge. Tout d'abord, le travail de support de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelles (créée en 1996 après le Rapport « Balier »³⁸) doit être souligné : elle fédère et est un partenaire essentiel pour les pouvoirs publics.

La création récente des CRIAVS devrait permettre de constituer à terme un réseau national de nature à mettre en œuvre une véritable aide pour les soignants et développer l'aspect « recherche »³⁹. L'exemple de Niort et de Caen montre l'intérêt des CRIAVS à initier des réseaux santé/justice, le développement de la formation et de la recherche, le conseil et l'aide et les actions de prévention. Les réseaux

³⁸ Rapport « traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels », 1995, ministère du travail et des affaires sociales-ministère de la justice, BALIER C, PARAYRE C, P ARPILLON C

³⁹ EHESP, module interprofessionnel de santé publique, 2007, "les CRIAVS : les centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles", groupe 4

santé/justice trouveront, à n'en pas douter, une place importante dans la coordination des prises en charge. L'articulation entre les initiatives de la justice⁴⁰ (groupes de parole encadrés par les CIP) et les espaces thérapeutiques des services de santé montrent ses limites et, comme le rappellent les entretiens de Niort et de Fresnes, il paraît primordial qu'il y ait un véritable espace de coordination car « *cela est la garantie du respect de chacun et de l'exercice des responsabilités de chacun dans son champ de compétence* ». Ainsi, l'exemple de Niort en matière de coordination, au travers de réunions triangulaires associant conseiller d'insertion et de probation, soignants et AAS montre qu'il est possible de surmonter cette difficulté dès lors que l'AAS ne peut reproduire les clivages qu'il entretient : dans ce type de réunion, chaque professionnel entend les mêmes propos et peut mesurer l'implication de l'AAS dans sa prise en charge.

La prévention est un des axes de développement qui se met progressivement en place, les CRIAVS de Niort et de Caen mettent en œuvre ces types d'actions au niveau régional en appui de structures recevant des publics en difficultés où le risque de passage à l'acte est ressenti comme plus important. Enfin, notons dans ces schémas complexes de prise en charge des AAS la place des structures. Les SMPR et les UCSA développent également des activités de prévention mais présentent des difficultés dans les prises en charge, souvent par insuffisance de moyens et inadéquation des structures (manque en personnel qualifié, vétusté des locaux, surpopulation carcérale).

La création des UHSA⁴¹ devrait, à terme, désengorger les SMPR et les UMD dans les prises en charge des AAS relevant de pathologies psychiatriques avérées et inadaptées à la détention. Ces nouvelles structures, initiées sur les bases de l'enquête épidémiologique de 2006 Cemka Eval,⁴² sont calquées sur le modèle des UHSI et commencent à ouvrir leurs portes⁴³. Les objectifs sont ici d'assurer aux patients détenus des soins de qualité équivalente à celle offerte à la population générale et d'assurer la sécurité pénitentiaire et criminologique. En perspective, il semble souhaitable que les soignants soient partie prenante dans l'édification de ces

⁴⁰ LEFEBVRE C, octobre 2008, « parler pour ne pas rechuter », Le lien social N°901, pp62-64.

⁴¹ Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées, colloque Ecole Nationale de la Magistrature, septembre 2007.

⁴² Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées, circulaire DGS/6C et DAP/PMJ2 N°2003-63 du 12 février 2003 relative au déroulement d'une étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues conduite par la société Cemka Eval.

⁴³ Inauguration de la première UHSA à Lyon le 18 mai 2010 par Mme la Ministre de la Santé et des Sports et la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice

structures qui, loin d'être des « hôpitaux prisons », seront des établissements à même de remplir leur fonction de soutien et d'accès aux soins. Ces perspectives montrent que le chemin à parcourir entre dangerosité, prévention de la récidive et optimisation des prises en charge des AAS est long dans un contexte de stratégies sécuritaires qui risquent d'invalider certaines exigences éthiques.

CONCLUSION

Le développement des lois visant à prévenir la récurrence des AAS laissait à penser que des modifications profondes des pratiques psychiatriques en découleraient. Le constat actuel ne témoigne pourtant pas nettement d'une refonte de la prise en charge pénitentiaire psychiatrique des AAS. Les professionnels de santé, s'ils admettent largement qu'empêcher la récurrence de leurs patients relève de leurs préoccupations, ont tendance à revendiquer leur rôle de soignant, se refusant pour la plupart à être juge de leur dangerosité criminologique. Les psychiatres opèrent certainement cette dichotomie entre dangerosité psychiatrique (qu'il leur revient d'évaluer) et dangerosité criminologique (qui ne relève pas de leur mission) en raison d'un refus de leur part de devenir le réceptacle de la pression politique et médiatique en matière de prévention de la récurrence des AAS.

La prise en charge psychiatrique se heurte aux contraintes du milieu pénitentiaire : contraintes horaires, chevauchement des activités pénitentiaires et judiciaires, situation d'enfermement en général sont autant d'obstacles à la délivrance de soins psychiatriques optimaux. Lors d'un séminaire consacré aux AAS, la *Ligue française pour la santé mentale* prenait position : si la sanction et le contrôle judiciaires peuvent jouer un rôle de frein à la délinquance, d'intimidation et de dissuasion, elle n'aurait pour les délinquants sexuels qu'une action souvent très limitée sur les récurrences, avant de conclure que « *l'emprisonnement ne diminue aucunement les tendances sexuelles morbides, et, souvent même, il les aggrave.* »⁴⁴

Finalement, la prison peut-elle être un lieu de soin ? En tant qu'élèves fonctionnaires du champ sanitaire, nous nous sommes interrogés sur les différences entre la prise en charge des AAS en milieu pénitentiaire et en milieu sanitaire. Parce que le suivi pénitentiaire est mal assuré *hors les murs de la prison*, parce que la capacité institutionnelle à prévenir la récurrence reste limitée, parce que les possibilités de prise en charge post-pénale connaissent des faiblesses, les AAS ne peuvent s'adresser qu'à des Centres médicaux psychologiques et non directement à un service psychiatrique dédié. Le champ des violences sexuelles n'emporte pas la faveur des psychiatres. Dès lors, la prise en charge psychiatrique des AAS en dehors du cadre pénitentiaire semble, pour l'heure, compromise, et inadaptée à la prévention de la récurrence.

⁴⁴ Ligue française pour la santé mentale, séminaire "Prévention de la récurrence française d'agression sexuelle et de violence envers les enfants", 2005, in www.lfsm.org
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2010

Bibliographie

Les ouvrages

COLLOVALD, A., « Violence et délinquance dans la presse : politisation d'un malaise social et technicisation de son traitement », *Vers un nouvel ordre social ?*, Paris, Ed. de la DIV, 2000

MANCIAUX M. et collaborateurs, *Enfances en danger*, Paris, 1997, 774p

SAINATI, G. et BONELLI, L., 2001 *La Machine à punir*, Paris, Dagorno, 320p

BALIER C. et GREPILLAT A., 1988, *Psychanalyse des comportements violents*, 5^{ème} édition, Ed. Le fil rouge PUF, 286p

Les revues

ALBERTINI D. octobre 2009, "Joggeuse assassinée : prétendre réduire le risque de récidive à zéro est illusoire". L'Express (en ligne).
(visité le 12/05/2010), disponible sur Internet :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/pretendre-reduire-le-risque-de-recidive-a-zero-est-illusoire_791649.html

BARON LAFORET S. et coll, Janvier à Mars 2008, « Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique – Quels rôles et quelles fonctions pour le psychiatre et la psychiatrie ? » La lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale, Revue *PLURIEL*. N° 69-70-71 Paris, p23

BRAHMY B., février 2004 « La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles en milieu pénitentiaire », *Actualité juridique pénale*, n°2

DELMOTTE H, Novembre 2007, « 10 questions sur l'injonction de soins » *La gazette Santé Social* n° 35, pp 67-68

LECOMPTE, Cl. et TIMBART O., « Les condamnés en état de récidive », *InfoStats Justice*, n°68, juillet 2003, p18

ODIER G, « Rétention de sûreté : quelles mesures pour quelle politique criminelle ? »
Revue INFO PSY tribune des lecteurs, *L'information psychiatrique* Volume 84, pp 721-723

PHAM T, 2008, "Evaluation du risque de récidive violente et sexuelle". *Santé mentale*, N°128, pp 38-41.

PIQUEMAL M. octobre 2009, "Castration chimique : l'état des lieux". Libération (en ligne). (visité le 13/05/2010), disponible sur Internet : <http://www.liberation.fr/societe/0101594765-castration-chimique-l-etat-des-lieux>

RIVALIN-GRENIER C et coll. Novembre 2003, « L'approche clinique des auteurs d'agressions sexuelles », *Pratiques en santé mentale*, N° 4, pp 49-51

RIVALIN-GRENIER C. et coll., Novembre 2003, « La thérapie de groupes pour les auteurs d'agressions sexuelles », *Pratiques en santé mentale* n° 4, pp 47-48

SENNINGER JL, 2008, "Dangerosité psychiatrique". *Santé mentale*, N°128, pp 16-21.

SENON JL, Septembre-octobre 2007, « Des hôpitaux-prisons pour les auteurs de violences sexuelles », *Revue Hospitalière de France* n° 518, pp 68-70

Les articles de journaux

WACQUANT L., 2002, « Les Prisons de la misère », *Le Monde diplomatique*, p 13

Les rapports

BURGELIN JF., 2005/2007, « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive », rapport de la commission Santé-Justice, Paris, *La Documentation française*, 194 p

FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE, octobre 2001, 5^{ème} conférence de consensus *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*, 363 p

GOURMELON N., ALVAREZ J, 2009, « La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles: un objet révélateur des évolutions institutionnelles et professionnelles », Agen, *ENAP, unité édition diffusion - atelier de reprographie*, 190p

HAUTE AUTORITE EN SANTE, 2009, « Recommandations de bonnes pratiques », *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans*, 37p

IGSJ/IGAS, Juin 2001, « L'organisation des soins aux détenus » – résumé du rapport d'évaluation, Paris, 4p

LAMANDA V., Mai 2008, Premier Président de la Cour de cassation, au Président de la République « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », 70

EHESP, module interprofessionnel de santé publique, 2007, "les CRIAVS : les centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles", groupe 4

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2010

EHESP, module interprofessionnel de santé publique, 2009, "Peut-on soigner en prison?", groupe 15

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/2008/356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire, Bulletin Officiel Santé-Protection sociale-solidarités n° 2008/9 du 15 octobre 2008, 10 p disponible sur http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2008/08-09/ste_20080009_0100_0163.pdf

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, Journal officiel n° 139 du 18 juin 1998

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, Journal officiel n°0048 du 26 février 2008

Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, Journal officiel n° 0185 du 11 août 2007

Les sites internet

SERVICE DES ETUDES JURIDIQUES DU SENAT. Bienvenue au Sénat. (visité le 13/05/2010), disponible sur Internet: <http://www.senat.fr/lc/lc202/lc2020.html>

Liste des annexes

- Annexe I** Grille d'entretien
- Annexe II** Extraits de la loi 2008-174 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
- Annexe III** Plaquette de présentation de l'unité de santé mentale pénitentiaire – Centre pénitentiaire de Lorient-Ploemeur
- Annexe IV** Plaquette de présentation du CRIAVS de Basse-Normandie
- Annexe V** Tableau synoptique du fonctionnement du groupe traitement des agresseurs sexuels de Niort
- Annexe VI** Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé

ANNEXE I

Grille d'entretiens

Thèmes	Relances
Présentation de l'interviewé	<ul style="list-style-type: none"> - Profession - Ancienneté dans l'institution - Parcours antérieur
Présentation de la structure	<ul style="list-style-type: none"> - Description de l'équipe et de la structure leurs missions dans ce cadre - Les pratiques aujourd'hui par rapport aux AAS - Quelle spécificité du travail de psychiatre en prison
Evolution de la pratique auprès des AAS ces dernières années	<ul style="list-style-type: none"> - Grandes étapes des modalités de prise en charge - Quelles bases à ces évolutions ? (voir si l'interviewé parle de la politique de prévention de la récidive, la dangerosité)
La prévention de la récidive	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vous situez vous par rapport à cette politique ? - Implications de cette politique dans la pratique - Intérêts et limites de cette politique
Le concept de dangerosité	<ul style="list-style-type: none"> - Influence du concept par rapport à la pratique - Est-ce que ça a donné lieu à la mise en place d'outils spécifiques - ex : évaluations, prise en charge (traitements cliniques, psychothérapeutiques individuels ou collectifs (les thérapies comportementalistes) - Quelle est votre définition de la dangerosité ?
Pratiques innovantes	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau santé/justice - Travail avec les SPIP (ex : connaissance du PPR) - Intérêts et limites de ce partenariat

ANNEXE II

JORF n°0048 du 26 février 2008

Texte n°1

LOI

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 (1)

NOR: JUSX0768872L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2008-562 DC du 21 février 2008 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE PROCÉDURE PÉNALE

Chapitre Ier Dispositions relatives à la rétention de sûreté et à la surveillance de sûreté

Article 1

I. — Après l'article 706-53-12 du code de procédure pénale, il est inséré un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« De la rétention de sûreté

et de la surveillance de sûreté

« Art. 706-53-13.-A titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou

de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration.

« Il en est de même pour les crimes, commis sur une victime majeure, d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravé, prévus par les articles 221-2,221-3,221-4,222-2,222-3,222-4,222-5,222-6,222-24,222-25,222-26,224-2,224-3 et 224-5-2 du code pénal.

« La rétention de sûreté ne peut toutefois être prononcée que si la cour d'assises a expressément prévu dans sa décision de condamnation que la personne pourra faire l'objet à la fin de sa peine d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté.

« La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure.

« Art. 706-53-14.-La situation des personnes mentionnées à l'article 706-53-13 est examinée, au moins un an avant la date prévue pour leur libération, par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté prévue par l'article 763-10, afin d'évaluer leur dangerosité.

« A cette fin, la commission demande le placement de la personne, pour une durée d'au moins six semaines, dans un service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts.

« Si la commission conclut à la particulière dangerosité du condamné, elle peut proposer, par un avis motivé, que celui-ci fasse l'objet d'une rétention de sûreté dans le cas où :

« 1° Les obligations résultant de l'inscription dans le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes, ainsi que les obligations résultant d'une injonction de soins ou d'un placement sous surveillance électronique mobile, susceptibles d'être prononcés dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou d'une surveillance judiciaire, apparaissent insuffisantes pour prévenir la commission des crimes mentionnés à l'article 706-53-13 ;

« 2° Et si cette rétention constitue ainsi l'unique moyen de prévenir la commission, dont la probabilité est très élevée, de ces infractions.

« Si la commission estime que les conditions de la rétention de sûreté ne sont pas remplies mais que le condamné paraît néanmoins dangereux, elle renvoie le dossier au juge de l'application des peines pour qu'il apprécie l'éventualité d'un placement sous surveillance judiciaire.

« Art. 706-53-15.-La décision de rétention de sûreté est prise par la juridiction régionale de la rétention de sûreté territorialement compétente. Cette juridiction est composée d'un président de chambre et de deux conseillers de la cour d'appel, désignés par le premier président de cette cour pour une durée de trois ans.

« Cette juridiction est saisie à cette fin par le procureur général, sur proposition de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté prévue par l'article 763-10, au moins trois mois avant la date prévue pour la libération du condamné. Elle statue après un débat

contradictoire et, si le condamné le demande, public, au cours duquel le condamné est assisté par un avocat choisi ou commis d'office. La contre-expertise sollicitée par le condamné est de droit.

« La décision de rétention de sûreté doit être spécialement motivée au regard des dispositions de l'article 706-53-14.

« Cette décision est exécutoire immédiatement à l'issue de la peine du condamné.

« Elle peut faire l'objet d'un recours devant la Juridiction nationale de la rétention de sûreté, composée de trois conseillers à la Cour de cassation désignés pour une durée de trois ans par le premier président de cette cour.

« La juridiction nationale statue par une décision motivée, susceptible d'un pourvoi en cassation.

« Art. 706-53-16.-La décision de rétention de sûreté est valable pour une durée d'un an.

« La rétention de sûreté peut être renouvelée, après avis favorable de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, selon les modalités prévues par l'article 706-53-15 et pour la même durée, dès lors que les conditions prévues par l'article 706-53-14 sont toujours remplies.

« Art. 706-53-17.-Après un délai de trois mois à compter de la décision définitive de rétention de sûreté, la personne placée en rétention de sûreté peut demander à la juridiction régionale de la rétention de sûreté qu'il soit mis fin à cette mesure. Il est mis fin d'office à la rétention si cette juridiction n'a pas statué dans un délai de trois mois à compter de la réception de la demande. En cas de rejet de la demande, aucune autre demande ne peut être déposée avant l'expiration d'un délai de trois mois.

« La décision de cette juridiction peut faire l'objet des recours prévus à l'article 706-53-15.

« Art. 706-53-18.-La juridiction régionale de la rétention de sûreté ordonne d'office qu'il soit immédiatement mis fin à la rétention de sûreté dès lors que les conditions prévues par l'article 706-53-14 ne sont plus remplies.

« Art. 706-53-19.-Si la rétention de sûreté n'est pas prolongée ou s'il y est mis fin en application des articles 706-53-17 ou 706-53-18 et si la personne présente des risques de commettre les infractions mentionnées à l'article 706-53-13, la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut, par la même décision et après débat contradictoire au cours duquel la personne est assistée par un avocat choisi ou commis d'office, placer celle-ci sous surveillance de sûreté pendant une durée d'un an. La surveillance de sûreté comprend des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire mentionnée à l'article 723-30, en particulier une injonction de soins prévue par les articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du code de la santé publique et le placement sous surveillance électronique mobile dans les conditions prévues par les articles 763-12 et 763-13 du présent code. Le placement sous surveillance de sûreté peut faire l'objet des recours prévus à l'article 706-53-15.

« A l'issue de ce délai, la surveillance de sûreté peut être renouvelée dans les mêmes conditions et pour la même durée.

« Si la méconnaissance par la personne des obligations qui lui sont imposées fait apparaître que celle-ci présente à nouveau une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de commettre à nouveau l'une des infractions mentionnées à l'article 706-53-13, le président de la juridiction régionale peut ordonner en urgence son placement provisoire dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté. Ce placement doit être confirmé dans un délai maximal de trois mois par la juridiction régionale statuant conformément à l'article 706-53-15, après avis favorable de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, à défaut de quoi il est mis fin d'office à la rétention. La décision de confirmation peut faire l'objet des recours prévus par l'article 706-53-15.

« Art. 706-53-20.-Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la personne qui bénéficie d'une libération conditionnelle, sauf si cette mesure a fait l'objet d'une révocation.

« Lorsque la rétention de sûreté est ordonnée à l'égard d'une personne ayant été condamnée à un suivi socio-judiciaire, celui-ci s'applique, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter du jour où la rétention prend fin.

[...]

III. — Avant l'article 717-1 du même code, il est inséré un article 717-1 A ainsi rédigé :

« Art. 717-1 A.-Dans l'année qui suit sa condamnation définitive, la personne condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13 est placée, pour une durée d'au moins six semaines, dans un service spécialisé permettant de déterminer les modalités de la prise en charge sociale et sanitaire au cours de l'exécution de sa peine. Au vu de cette évaluation, le juge de l'application des peines définit un parcours d'exécution de la peine individualisé. Si la personne souffre de troubles psychiatriques, sur indication médicale, elle fait l'objet d'une prise en charge adaptée à ses besoins, le cas échéant en hospitalisation. »

IV.-L'article 712-22 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce décret précise les conditions dans lesquelles l'expertise prévue par l'article 712-21 peut ne pas être ordonnée, avec l'accord du procureur de la République, soit en raison de l'existence dans le dossier du condamné d'une précédente expertise, soit, pour les personnes condamnées pour des infractions dont il fixe la liste, en cas de permission de sortir ou en raison de la personnalité de l'intéressé. »

V.-L'article 717-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné susceptible de relever des dispositions de l'article 706-53-13, celui-ci est convoqué par le juge de l'application des peines auprès duquel il justifie des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé en application des deuxième et troisième alinéas du présent article. Au vu de ce bilan, le juge de l'application des peines lui propose, le cas échéant, de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

« Les agents et collaborateurs du service public pénitentiaire transmettent aux personnels de

santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes. »

VI.-L'article 723-37 du même code devient l'article 723-39 et, après l'article 723-36 du même code, il est rétabli un article 723-37 et inséré un article 723-38 ainsi rédigés :

« Art. 723-37.-Lorsque le placement sous surveillance judiciaire a été prononcé à l'encontre d'une personne condamnée à une réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13, la juridiction régionale mentionnée à l'article 706-53-15 peut, selon les modalités prévues par cet article, décider de prolonger tout ou partie des obligations auxquelles est astreinte la personne, au-delà de la limite prévue à l'article 723-29, en la plaçant sous surveillance de sûreté pour une durée d'un an.

« La juridiction régionale de la rétention de sûreté est saisie par le juge de l'application des peines ou le procureur de la République six mois avant la fin de la mesure.

« Le placement sous surveillance de sûreté ne peut être ordonné, après expertise médicale constatant la persistance de la dangerosité, que dans le cas où :

« 1° Les obligations résultant de l'inscription dans le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes apparaissent insuffisantes pour prévenir la commission des crimes mentionnés à l'article 706-53-13 ;

« 2° Et si cette mesure constitue l'unique moyen de prévenir la commission, dont la probabilité est très élevée, de ces infractions.

« La surveillance de sûreté peut être prolongée selon les mêmes modalités et pour la même durée si les conditions prévues par le présent article demeurent remplies.

« Les dispositions du dernier alinéa de l'article 706-53-19 sont applicables.

« Art. 723-38.-Lorsque le placement sous surveillance électronique mobile a été prononcé dans le cadre d'une surveillance judiciaire à l'encontre d'une personne condamnée à une réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13, il peut être renouvelé tant que la personne fait l'objet d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. »

VII.-L'article 763-8 du même code est ainsi rétabli :

« Art. 763-8.-Lorsqu'un suivi socio-judiciaire a été prononcé à l'encontre d'une personne condamnée à une réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13, la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut, selon les modalités prévues par l'article 706-53-15, décider de prolonger tout ou partie des obligations auxquelles est astreinte la personne, au-delà de la durée prononcée par la juridiction de jugement et des limites prévues à l'article 131-36-1 du code pénal, en la plaçant sous surveillance de sûreté pour une durée d'un an.

« Les dispositions des deuxième à cinquième alinéas de l'article 723-37 du présent code sont applicables, ainsi que celles de l'article 723-38. »

Chapitre II Dispositions relatives aux réductions de peines

Article 2

I. - Après la première phrase du troisième alinéa de l'article 721 du code de procédure pénale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il peut également ordonner le retrait lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical, en application des articles 717-1 ou 763-7. »

II.- Le deuxième alinéa de l'article 721-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle, la réduction ne peut excéder deux mois par an ou quatre jours par mois ou, si elle est en état de récidive légale, un mois par an ou deux jours par mois, dès lors qu'elle refuse les soins qui lui ont été proposés. »

[...]

TITRE II DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 5

Dans le premier alinéa de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique, les mots : « d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal » sont remplacés par les mots : « d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ».

Article 6

Le livre VII de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3711-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour la mise en œuvre de l'injonction de soins prévue par les articles 131-36-4 et 132-45-1

du code pénal et les articles 723-30 et 731-1 du code de procédure pénale, le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur qui est chargé : » ;

b) Dans le 4°, les mots : « est arrivé à son terme, » sont remplacés par les mots : «, le sursis avec mise à l'épreuve ou la surveillance judiciaire est arrivé à son terme, ou le condamné qui a bénéficié d'une libération conditionnelle, » ;

c) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

« 5° De coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude. » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 3711-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 3711-3 est ainsi rédigé :

« Le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido. » ;

4° Après les mots : « psychologue traitant », la fin du premier alinéa de l'article L. 3711-4-1 est ainsi rédigée : « ayant exercé pendant au moins cinq ans. »

Article 7

La première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique est complétée par les mots : « et aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ».

Article 8

L'article L. 6141-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté » ;

2° Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le

signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.

« Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. »

ANNEXE III

Le déroulement du programme

Les entretiens initiaux :

- De présentation
- De recueil d'information
- D'évaluation
- De décision (inclusion, participation)
- De clôture du programme

Les séances de groupe :

- Il s'agit d'un groupe dit « semi-ouvert » qui permet l'intégration de nouveaux participants en cours de programme, sur la base d'un engagement écrit de chacun à suivre l'ensemble des séances ;
- Le groupe se réunit 2 fois par semaine sur un temps de 2 heures ½ à chaque réunion, pour une durée minimum de 3 mois et de 4 mois maximum ;
- Le nombre de participants par séance est de 11 maximum ;
- les participants ont tous en commun d'avoir été condamnés pour une infraction à caractère sexuel ;
- les séances de groupe se font dans une salle aménagée pour cela au C.P. de Ploemeur, dite « salle de mindfulness » ;
- chacune des réunions comporte un thème. Le programme d'ensemble et sa progression sont connus des participants.

La méditation thérapeutique

Chaque réunion de groupe démarre par un temps de méditation psychothérapeutique (pleine conscience ou mindfulness).

Ce temps initial permet l'abord des questions du jour de façon plus relaxée et responsable. Le programme proposé vise à permettre aux participants de développer progressivement une pratique de pleine conscience, en dehors des séances, dans leur vie quotidienne.

Les modules

Transversaux :

- l'usage de substances psychoactives
- la prise de responsabilité
- les schémas de pensée
- les questions éthiques
- le projet de vie

Spécifiques :

- l'autobiographie
- l'attachement relationnel
- l'affirmation de soi
- l'empathie
- l'anxiété relationnelle
- les cheminements infractionnels
- les signes avant coureurs
- les intérêts sexuels
- la gestion de soi

Animation du groupe

Le groupe est animé par le Docteur Thierry Bonvalot médecin psychiatre, Pascal Le Bas, psychologue clinicien et Olivier Bayer ou Franck Kéromnes, infirmiers de l'Unité de Santé Mentale Pénitentiaire de Poemeur attachée au CHS Charcot.



Unité de Santé Mentale
Pénitentiaire
Centre Pénitentiaire de Lorient-Ploemeur

Équipe Lorientaise de Traitement des Auteurs d'Aggression(s) Sexuelle(s) (ELTAAS)

Groupe thérapeutique structuré

Plaquette d'information et de présentation destinée aux professionnels

Dr Thierry Bonvalot,

Médecin Psychiatre

Pascal Le Bas,

Psychologue clinicien

Olivier Bayer,

Infirmier

Franck Keromnes,

Infirmier

Il s'agit d'un programme thérapeutique de groupe, qui s'inscrit dans le champ des thérapies cognitives dites « de 3^{ème} génération » (associées à la pleine conscience ou mindfulness). Le travail psychologique effectué par les participants durant le programme se vectorise donc en partie selon une dimension cognitivo-comportementale adaptée aux problèmes traités dans le cadre d'un programme transposé d'un programme anglo-saxon de référence (de W. Marshall). Et pour une autre partie selon une dimension psychodynamique. Toutes les modalités ont été mises en place en lien avec des associations scientifiques et des centres de référence. Le programme est évalué en lien avec l'Institut de Criminologie et Sciences Humaines de Rennes et l'Institut de Criminologie de Montréal.

Pourquoi un groupe ?

La thérapie de groupe est pratiquée depuis longtemps et reconnue comme une forme efficace et utile de psychothérapie. Elle est particulièrement aidante lorsque parmi les objectifs de la thérapie figurent la connaissance de soi et l'apprentissage de relations progressivement positives avec les autres. Bien que la thérapie de groupe soit d'un grand soutien, on peut la trouver « stressante » par moments : c'est une impression à analyser et à dépasser. La pratique de la pleine conscience au début de chaque séance du groupe (et éventuellement en cours de séance) peut y contribuer notablement.

Le programme mis en place à Ploemeur autorise une thérapie cognitivo-comportementale en groupe selon des modalités spécifiques.

La thérapie de groupe permet également de sortir d'un isolement personnel, c'est-à-dire de ne pas demeurer seul avec soi-même, en étant avec d'autres, et incite à exprimer ses propres difficultés personnelles de vie.

La thérapie de groupe offre la possibilité d'être soutenu et de soutenir les autres, d'améliorer ses relations avec les autres, de s'exprimer en respectant les autres et en étant respecté par eux, d'améliorer la confiance en soi, de mieux se comprendre, de mieux comprendre les autres, en tirant parti de l'expérience de chacun dans le groupe.

Le groupe est aussi à l'image de la société et les problèmes rencontrés par les uns et les autres peuvent se manifester aussi dans vos relations au sein du groupe. Apprendre à explorer, à comprendre, à développer des relations positives au sein du groupe sont des façons d'anticiper les relations positives qui pourront être construites avec les proches et les tiers à la sortie.

Le groupe thérapeutique est un lieu où l'on ne porte pas de jugements, c'est un lieu de partage et de reconnaissance, un lieu où l'on apprend à écouter et à être écouté, sans avoir à redouter le jugement des autres.

Le groupe thérapeutique n'est pas un lieu où l'on se fait des amis mais un endroit et un moment où l'on apprend à se connaître différemment et à développer des relations constructives.

Son objectif n'est pas d'encourager les relations hors du groupe avec les autres membres du groupe sinon au risque d'entraver la démarche thérapeutique :

- Développer une relation amicale avec un membre du groupe revient à prendre le risque de ne pouvoir partager ni discuter des sentiments que cette relation entraîne sinon au risque de la compromettre.
- Développer une relation amicale avec un membre du groupe empêche de parler en groupe de ses sentiments et de ses émotions liés aux problèmes que l'on peut rencontrer puisque l'on a déjà un confident hors du groupe pour nous écouter.

Parce que l'on peut, à titre personnel, se trouver émotionnellement en difficulté un jour, le groupe est peut-être, ce jour là, le dernier endroit où l'on souhaite se rendre. On peut aborder une situation comme celle-là avec un participant et souligner, même dans une situation difficile, l'intérêt de faire un travail thérapeutique sur soi-même en consacrant du temps à réfléchir à des questions essentielles pour la vie en bénéficiant de l'expérience de l'ensemble du groupe.

Pourquoi un groupe structuré ?

Structuré :

- parce qu'il ne s'agit pas d'échanger sur tout et n'importe quoi

Mais

- parce que chaque séance de groupe est thématisée

- parce que l'on a connaissance du thème de la séance suivante
- parce que chacun a à prendre la parole et s'exprimer personnellement sur le thème de la séance
- parce que chacun a à entendre ce que disent les autres sur ces mêmes questions

Règles de fonctionnement du groupe

- Une lettre d'engagement écrite est signée par les patients et les soignants lors de la première réunion du programme et a valeur d'attestation d'entrée dans le programme.
- Les participants s'engagent à respecter une confidentialité totale sur les propos énoncés au sein du groupe. Son non-respect constituerait un motif d'exclusion du groupe.
- Partage possible de certaines informations non strictement privées au sein de l'équipe de l'USMP lors de réunions spécifiques.
- Aucune information ne sera transmise à un personnel non médical.
- Une feuille de présence est signée pour chaque participant à la fin de chaque séance.
- Un comportement incompatible avec le déroulement du groupe peut faire l'objet d'une exclusion du groupe temporaire ou définitive.
- Une attestation de participation au programme est remise au patient au terme du programme, indiquant ses temps de présence et d'absence le cas échéant.
- Le patient transmet lui-même les informations le concernant à qui de droit.
- Le personnel socio-judiciaire aura connaissance de l'organisation du programme et de ses objectifs (temps de session, thèmes de chaque réunion, nombre de séances par programme), mais sans plus de précisions.

ANNEXE IV

CONTACTS

CRIAVS Basse-Normandie

2 porte de l'Europe

14000 CAEN

- ◊ Docteur C. GINDREY, Praticien Hospitalier, responsable médical
- ◊ Dr Ph. TALBOT, Psychiatre
- ◊ Mme M. LEROY, Psychologue
- ◊ M. F. HARDOUIN, Psychologue
- ◊ M. D. MUH, Psychologue
- ◊ Mme P. LEMOINE, Infirmière
- ◊ M. D. SEVEC, Infirmier

Secrétariat : Mme M. LEVRARD

Tél. : 02.31.06.18.80

Fax : 02.31.44.43.75

mel : criavs.bn@chs-caen.fr

Accès : Twisto

ligne 2 : arrêt Porte de l'Europe

ligne 14 : arrêt Ste Ursule ou Devon



COORDONNEES CRIAVS-BN

Responsable médical :

Dr Catherine GINDREY

Mel : catherine.gindrey@chs-caen.fr

secrétariat :

Mme M. LEVRARD



Accès : Twisto

ligne 2 : arrêt Porte de l'Europe

ligne 14 : arrêt Ste Ursule ou Devon

CRIAVS Basse-Normandie

2 porte de l'Europe

14000 CAEN

Téléphone : 02.31.06.18.80

Fax : 02.31.44.43.75

Mel : criavs.bn@chs-caen.fr

CRIAVS Basse-Normandie

2 porte de l'Europe

14000 CAEN

Téléphone :

Centre

Ressources pour

Intervenants auprès des

Auteurs de

Violences

Sexuelles



2 porte de l'Europe

14000 CAEN

Tél. 02.31.06.18.80

Fax. 02.31.44.43.75

Mel : criavs.bn@chs-caen.fr

La dimension épidémiologique des violences sexuelles, en termes de conséquences à courte, moyenne, longue et très longue échéance (effet transgénérationnel), en fait un véritable phénomène de santé publique

Tous les âges de la vie sont concernés, aucune spécificité, aucun espace public ou privé ne protègent des possibles agressions sexuelles. Cette réalité a induit, dès le milieu des années 1980, un intérêt accru envers les soins à apporter aux auteurs de ces violences.

Diverses études concernant ces sujets indiquent qu'ils peuvent, sous certaines conditions, être accessibles à un soin psychique. Ce soin nécessite alors une approche pluridisciplinaire du phénomène et demande un travail interdisciplinaire où les sphères de la Santé, de la Justice et de l'accompagnement social travaillent ensemble.

Face à un tel phénomène, les pouvoirs publics ont décidé de mettre à disposition des intervenants, qu'ils soient :

- Professionnels de santé
- Professionnels de justice,
- Professionnels de l'accompagnement social et de la formation
- Acteurs de la prévention

LES MISSIONS PRINCIPALES

- ◆ Initier et Animer des réseaux Santé/Justice,
- ◆ Développer un dispositif de formation spécifique (initiale et continue) à l'intention de tous les professionnels concernés (santé, justice, social...),
- ◆ Conseil et Aide à la solution des problèmes inhérents à la pratique clinique auprès des différents professionnels,
- ◆ Favoriser et développer la recherche, l'évaluation des pratiques et les réflexions sur l'amélioration des traitements des Auteurs de Violences Sexuelles,
- ◆ Participer au développement des principes et des actions de prévention.
- ◆ Centre de Documentation



CRIAVS Basse-Normandie
2 porte de l'Europe
14000 CAEN
Téléphone : 02.31.06.18.80
Fax : 02.31.44.43.75
Mel : criavs.bn@dhs-caen.fr

LES PARTENAIRES

- ◆ Agence Régionale de Santé
- ◆ Établissements Hospitaliers
- ◆ Psychiatres et Psychologues
- ◆ Experts,
- ◆ Médecins Coordonnateurs,
- ◆ Tribunaux
- ◆ Protection Judiciaire de la Jeunesse,
- ◆ Établissements Pénitentiaires,
- ◆ Services Pénitentiaires de Probation et d'Insertion,
- ◆ Éducation Nationale,
- ◆ Universités,
- ◆ Police et Gendarmerie
- ◆ Association de Recherche pour le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS),
- ◆ Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)
- ◆ Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).

RESUME DE NOTRE FONCTIONNEMENT

I - EVALUATION

a) Evaluation par de ux soignants séparément :
Un psychologue et Un infirmier

b) Elaboration en groupe d'un projet de soin
si possible

c) Proposition de ce projet lors d'une réunion regroupant :
les psy, le C.I.P. et le patient

II - Après accord du sujet : engagement dans LA PRISE EN
CHARGE qui comporte toujours DEUX PARTIES :

A	B
<p>Travail psychothérapeutique Classique : selon projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe de Parole avec ou sans médiateur • ou Entretiens Individuels • ou Entretiens Familiaux <p>En moyenne une fois tous les 15 jours.</p>	<p>Réunions Triangulaires Regroupant</p> <ul style="list-style-type: none"> • un des deux soignants de l'évaluation, • le C.I.P. chargé du suivi de la Mise à l' Epreuve et • le patient <p>En moyenne une fois toutes 4 - 5 semaines.</p>

III - Et pour les soignants un troisième espace :

C

Réunion Hebdomadaire du Groupe T.A.A.G.S.

- Analyse des cas suivis : En particulier le transfert subjectal
- Réajustement du projet de soin

ANNEXE VI



Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

*Provenance -
Fédération hospitalière de France*

Direction de l'Hospitalisation et de
l'organisation des soins
Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de
soins pour les personnes âgées (F2)

Bureau du financement de l'hospitalisation
privée (F3)

Bureau des études et synthèses
financières relatives aux activités de soins
(F1)

Personne chargée du dossier:
Anne-Sophie MOYNIE
Téléphone : 01 40 56 50 11
Télécopie : 01 40 56 50 10
E-mail : anne-sophie.moynie@sante.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement
du système de soins

Le ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et
de la vie associative

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation (pour mise en œuvre)

Madame et Messieurs les Préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 08 décembre 2008 relative à la
campagne tarifaire 2008 des établissements de santé

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé

Mots clés : hôpital – clinique – établissements de santé – tarification à l'activité – dotation de
financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – dotation annuelle
de financement