

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Rapport d'expert [24]

Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ?
Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?

Florent COCHEZ

Psychiatre, médecin légiste, médecin qualité et gestion des risques, responsable médical de ERIOS (CRIAIS Aquitaine), référent national Justice restaurative à la FFCRIAIS.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Cochez, F. (2018). Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

Sommaire	1
Introduction.....	3
Le climat social, médiatique et politique de la gestion des AVS	4
La prise en charge juridique et judiciaire des AVS condamnés.....	5
Quelques différences fondamentales avec le sanitaire	5
La justice définit et caractérise les infractions sexuelles	6
Les différentes décisions de justice.....	6
Les décisions privatives de liberté.....	7
Les décisions restrictives de liberté.....	9
Articulations santé et décisions de justice	11
La prise en charge au sein des SPIP	12
Présentation générale des SPIP.....	12
L'évolution profonde et progressive du métier de CPIP	13
Une prise en charge toujours peu spécifique des AVS.....	14
Articulations santé- SPIP.....	15
La prise en charge sanitaire des AVS.....	15
Une orientation presque systématique des AVS vers la psychiatrie.....	15
Différents cadres légaux des soins aux AVS	16
Une déontologie commune à tout patient.....	18
...avec aussi des dérogations générales et spécifiques	19

1

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

L'organisation des soins en détention (milieu fermé).....	20
L'organisation des soins hors détention (milieu ouvert).....	22
Des centres d'appui spécifiques : les CRIAVS.....	23
Nature des soins et stratégie thérapeutique	25
Le débat récurrent sur la « castration chimique »	26
Description de l'organisation de l'offre de soin à ERIOS.....	26
Les dispositifs impliquant les forces de l'ordre	28
La lutte contre la pédophilie sur Internet	28
Le dispositif Alerte enlèvement.....	29
Les fichiers	29
Articulations santé et forces de l'ordre.....	30
Les interventions de la société civile	30
Actions de réinsertion	31
Actions de sensibilisation et de prévention	31
Mesures de Justice restaurative.....	33
Les Rencontres auteurs-victimes.....	34
Les Cercles de soutien et de responsabilité	34
Conclusion	37

2

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Introduction

Psychiatre et médecin légiste depuis plusieurs années, notre parcours professionnel nous a conduits à prendre en charge les victimes d'agression (au CAUVA, CHU de Bordeaux) puis à développer des soins pour les auteurs de violences sexuelles (à ERIOS). Une fonction, plus récente, nous ayant en plus orientés vers la démarche qualité (au SQGR), certains éléments de ce rapport en tiennent compte.

Nous voici en position d'expert. Pour répondre à la question, notre rapport vise à porter un regard structurel sur les prises en charge des auteurs de violences sexuelles, réalisées par les différents champs impliqués. Il se veut le plus large possible mais ne garantit pas l'exhaustivité pour autant.

Rédigé par un soignant, il privilégie la prise en charge sanitaire et les articulations des différents champs avec le sanitaire ainsi que l'utilisation du sigle « AVS », acronyme choisi par le Ministère de la santé pour désigner les auteurs de violences sexuelles, les auteurs d'infractions sexuelles ou les auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Pour autant, la gestion des AVS se structure en France autour de différents champs professionnels qui relèvent d'administrations différentes.

Elle se forge aussi au gré d'une opinion publique potentiellement influencée par la couverture médiatique et le débat politique sur le sujet. Cet ensemble est décrit dans la première partie.

La Justice est le maître d'œuvre incontournable et s'organise classiquement entre, d'un côté, la prise en charge juridique et judiciaire et, de l'autre, la prise en charge pénitentiaire.

Ensuite, est présenté le champ sanitaire, sollicité depuis l'obligation de soins créée en 1958 et qui prend surtout son essor avec la promulgation de la Loi du 17 juin 1998 qui crée l'injonction de soin et qui fête ses 20 ans à l'occasion de la présente Audition publique.

L'action des forces de l'ordre dans le domaine des AVS a évolué avec les textes législatifs et, parfois, avec des initiatives venues de pays étrangers ou en coopération avec eux. Les citer ici permet de leur rendre hommage, qu'elles dépendent de la police (Ministère de l'intérieur) ou de gendarmerie nationale (force armée sous tutelle du Ministère de l'intérieur depuis 2009).

Enfin, est décrit le champ social et c'est un vent assez nouveau que nous mettons en avant, qui élargit les possibilités d'implication de la société civile (ou communauté au sens anglo-saxon) dans la lutte contre la violence sexuelle.

Ce panorama des prises en charge souligne le fait que la prévention des violences sexuelles ne relève pas que du sanitaire et que ce problème chronique de société est l'affaire de tous.

Dans le texte, le lecteur trouvera parfois un renvoi vers un autre chapitre du rapport. Ce renvoi est alors noté « (voir chapitre) ».

3

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Le climat social, médiatique et politique de la gestion des AVS

Il a fallu attendre les années 80 pour que les politiques s'emparent réellement du problème de la violence sexuelle, et cela même si le Code pénal réprimait les infractions sexuelles depuis longtemps. Cette amorce a été possible grâce à divers mouvements qui se sont mutuellement renforcés :

- le militantisme des associations luttant contre les violences faites aux femmes et aux enfants, qui cherchaient à conférer une place à part entière à la victime dans le système judiciaire français.
- le rôle des médias qui ont relayé ces revendications dans un but d'information, tout en couvrant aussi à l'occasion des faits divers dramatiques de manière plus sensationnaliste.
- l'intérêt progressif de professionnels de la justice et de la santé pour les initiatives et expériences positives de prise en charge des AVS dans des pays étrangers, comme le Canada par exemple, et le relai qu'ils ont pu en faire auprès des décideurs politiques, renforçant ainsi les revendications des associations militantes.
- l'évolution du statut de l'Enfant à un niveau international (adoption de la Convention internationale des droits des enfants en 1989, lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants et le tourisme sexuel au début des années 90).

Dans les années 90, le législateur a renforcé les sanctions prévues pour les AVS et a facilité la poursuite de ce type d'infraction notamment en allongeant les délais de prescription. Et c'est le **17 juin 1998**, à la suite de plusieurs affaires médiatiques retentissantes, qu'est adoptée la loi « **relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs** ». Elle crée la peine de suivi socio-judiciaire, première modalité de suivi possible en milieu ouvert après l'exécution d'une longue peine de prison. Ce suivi peut être assorti d'une injonction de soin, nouvelle mesure qui tendra à être systématisée dans un souci de prévention de la récidive, partant du principe que le soin avait un impact sur la récidive. Dans le même temps, la **lutte contre la pédophilie sur Internet** commence à s'organiser en France (voir police).

A compter de la loi du 17 juin 1998 et jusqu'en mai 2012, le législateur renforce à chaque fois un peu plus les dispositifs existants et en crée de nouveaux, par dix réformes législatives successives adoptées au fil de faits divers médiatisés. De juin 1998 à mars 2010, le législateur crée aussi cinq nouveaux fichiers de police (voir police), dont le premier était, à son origine, spécifique aux AVS. Conséquence directe ou reflet de l'époque, les AVS représentent la première catégorie des détenus de 1999 à 2008.

Le changement de majorité présidentielle en mai 2012 marque une pause législative dans les réformes pénales et la lutte contre la récidive. Les orientations politiques de la Garde des Sceaux insistent en 2014 sur la personnalisation de la peine et sur la mise en place de la contrainte pénale, nouvelle peine en milieu ouvert. C'est la même année que le terme de « **Justice restaurative** » apparaît pour la première fois dans un texte de loi (voir société civile). En 2016, suite à différentes affaires dans les milieux sportifs et scolaires, le législateur améliore les contrôles d'honorabilité des éducateurs sportifs professionnels et bénévoles et organise les échanges d'informations entre Ministère de la justice et Ministère de l'éducation nationale afin de renforcer la protection de l'enfance.

Durant toutes ces années, **l'opinion publique** n'échappe pas aux faits divers dramatiques couverts par les médias. Ces drames suscitent de fortes émotions à travers le pays et jettent parfois des doutes sur le fonctionnement des institutions dans la lutte contre la pédophilie, doute parfois émis par les victimes ou leurs familles meurtries.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Très souvent, le **traitement médiatique** de la criminalité est basé sur le fait divers, le sensationnel, l'émotion ou la petite phrase-choc, ce qui ne permet pas la distanciation et la réflexion nécessaires pour comprendre et trouver des solutions. Plus rarement, il s'agit d'un travail journalistique en profondeur, à type de reportage auprès des professionnels de la justice et de la santé prenant en charge les AVS ou de témoignage de personnes antérieurement condamnées pour infraction sexuelle et qui font part de leur propre combat pour lutter contre leur attirance pédophile.

A contre-courant, l'affaire d'Outreau (2004-2005) rappelle subitement qu'une justice trop soupçonneuse peut broyer des innocents. On assiste, au fur à mesure de l'affaire, à un emballement à la fois judiciaire et médiatique à charge au début (mise au jour d'un pseudo-réseau pédophile) puis à décharge (accusation d'acharnement judiciaire et médiatique) éclipsant du même coup les condamnations définitives et bien réelles de l'affaire.

En parallèle, une fois que les politiques sont investis de la question, l'opinion publique assiste souvent à des débats parlementaires, parfois politiques et houleux, entourant les projets de loi : entre surenchère sécuritaire et laxisme dans l'application des lois, entre inflation législative et manque de moyens sur le terrain, entre systématisation et individualisation des peines. Au rythme des affaires, des lois et de leurs débats, la population française oscille et demeure vraisemblablement partagée sur les moyens mis, ou à mettre, en œuvre dans la lutte contre la violence sexuelle.

Un débat spécifique et récurrent (2007, 2009 et récemment suite au meurtre d'Angélique, 13 ans, à Wambrechies) porte sur la systématisation de la « castration chimique » chez les AVS.

La société civile ne reste cependant pas passive et participe bien volontiers lorsqu'elle est sollicitée, par exemple lors de l'activation du dispositif « Alerte enlèvement », par le biais du signalement de sites internet à caractère pédophile (voir *police*) ou, plus globalement, lors des appels à témoins et avis de recherche concernant des actions terroristes. Désormais, elle pourra aussi participer aux mesures de justice restaurative (voir *société civile*).

La prise en charge juridique et judiciaire des AVS condamnés

La justice gère les AVS du stade de l'enquête à l'application de la peine prononcée lors du jugement, voire après la peine dans certains cas (mesures de sûreté et fichiers par exemple). Pour simplifier, est abordée ici la gestion des AVS uniquement condamnés. Ne sont ainsi pas abordés les AVS mis en cause ou prévenus, qui demeurent présumés innocents mais pour lesquels, paradoxalement, des soins peuvent déjà leur être ordonnés par la justice (obligation de soins dans le cadre du contrôle judiciaire).

Quelques différences fondamentales avec le sanitaire

- La justice pénale n'intervient qu'en cas d'infraction au Code pénal. La santé peut prendre en charge des personnes qui ne sont jamais passées à l'acte alors qu'elles ont une déviance sexuelle (pédophiles dits abstinentes par exemple).
- Le Juge d'application des peines (JAP) agit dans le cadre de l'application des peines et le Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) intervient sous mandat. Les soignants peuvent prendre en charge des demandes spontanées de soins.
- La justice définit les infractions sexuelles, punit les auteurs et essaie d'éviter la récidive. La santé identifie des problématiques cliniques et tente de soigner ceux qui en sont atteints.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- La justice condamne à des peines dont la durée est fonction de l'auteur, de la nature, de la gravité et de la répétition de l'infraction. La santé fait des propositions de soin qui durent tant que la problématique n'est pas résolue et que le patient y adhère.

Ces simples éléments expliquent que le champ judiciaire et le champ clinique ne sont pas exactement superposables. En revanche, ils peuvent tendre à être complémentaires et c'est tout l'intérêt des soins pénalement ordonnés (voir sanitaire).

La justice définit et caractérise les infractions sexuelles

Les différentes **infractions sexuelles** et les peines encourues sont incrites dans le Code pénal. Depuis la Loi du 17 juin 1998, les évolutions notables en matière de définition portent principalement sur la notion d'inceste. Après un aller-retour dans le Code pénal, entre février 2010 et septembre 2011, en raison d'une définition qui laissait cours à l'interprétation¹, la qualification « d'incestueux » a réintégré le Code pénal en mars 2016².

Un **projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes** est actuellement en cours de présentation et prévoit quatre évolutions :

- allongement du délai de prescription de 20 à 30 ans pour les crimes sexuels sur mineurs.
- interdiction précisée des relations sexuelles avec un mineur de quinze ans, en clarifiant les éléments constitutifs du viol et des agressions sexuelles et en aggravant les peines encourues. Ces dispositions redistribuent en quelque sorte les infractions d'agression sexuelle, de viol et d'atteinte sexuelle, et prévoient l'atteinte sexuelle avec pénétration afin de la démarquer de l'atteinte sexuelle.
- adaptation des délits de harcèlement sexuel ou moral afin qu'ils incluent les faits de « cyber-harcèlement » réalisé en groupe.
- création d'une contravention d'outrage sexiste afin de lutter contre le harcèlement dit « de rue ».

6

Les différentes décisions de justice

Comme prévu par le Code pénal, les personnes qui commettent des infractions sexuelles s'exposent à des **décisions de justice**. La plupart constituent des peines, d'autres, plus récentes, sont des mesures administratives. Certaines sont privatives de liberté (milieu fermé) d'autres sont restrictives de liberté (contraintes en milieu ouvert). Ces dispositifs sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 - Résumé des décisions dans la prise en charge juridique et judiciaire des AVS condamnés

Décisions	-privatives de liberté	-restrictives de liberté		
-peines (condamnation après jugement)	-Emprisonnement (délits)	Sursis avec mise à l'épreuve	Contrainte pénale	Suivi socio-judiciaire

¹ Cela ayant donné lieu à une censure du Conseil constitutionnel pour atteinte au principe de légalité des délits et des peines.

² Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

	-Réclusion (crimes) (dans un établissement pénitentiaire pour peine : centre de détention, maison centrale, etc.)			
-mesures administratives (à l'issue de certaines peines)	Rétention de sûreté (dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté)	Surveillance judiciaire	PSEM	Surveillance de sûreté

Les décisions privatives de liberté

Les peines privatives de liberté correspondent à un enfermement dans un établissement pénitentiaire : on parle d'**emprisonnement** en matière délictuelle et de **réclusion** en matière criminelle. Cet enfermement peut être ferme ou assorti d'un sursis ou associer les deux.

Les établissements pour peine accueillent les personnes condamnées définitivement, c'est-à-dire qui ont épuisé les voies de recours pour contester leur condamnation. Les peines de durée moyenne à longue sont effectuées en centre de détention tandis que les très longues peines s'exécutent en maison centrale. Les conditions de détention sont meilleures qu'en maison d'arrêt du fait de l'absence de surpopulation carcérale en établissement pour peine.

L'objectif de l'enfermement est de punir l'auteur d'infraction et de préparer sa réinsertion. Il sert aussi en pratique à protéger les victimes et la société en général.

Le **nombre d'AVS détenus** a augmenté très nettement fin des années 80 pour atteindre un pic, au début des années 2000, avec un AVS sur quatre détenus (25%). Les AVS ont ainsi occupé la première place dans les prisons françaises pendant une dizaine d'années, de 1999 à 2008. Depuis 2005, leur nombre et leur proportion dans les prisons diminuent (par exemple, 12,8% de la population pénale en 2013). Deux hypothèses sont émises quant à cette diminution : une plus grande prudence suite à l'affaire d'Outreau ainsi que l'extinction, avec le temps, de l'augmentation des affaires pénales liée aux allongements successifs des délais de prescription³.

Le **comportement des AVS en détention** est réputé sans problème. Ils sont considérés comme de « bons élèves » car ils ne posent pas de problème de discipline en général et de troubles du comportement sexuel en particulier. A l'inverse, ils sont facilement stigmatisés (qualifiés de « pointeurs ») par les autres détenus et sont parfois victimes de maltraitements voire de violences sexuelles durant leur incarcération. Il ne faut évidemment pas se satisfaire de tels faits car le sentiment d'injustice, souvent ressenti par l'AVS dans ce contexte, ne facilitera pas le travail d'empathie à sa libération.

Depuis environ 2009, les AVS incarcérés sont orientés vers les **établissements pénitentiaires « fléchés AICS »** pour effectuer leur peine de prison. Il y en a une vingtaine répartie sur l'ensemble du territoire national (environ 1 par région administrative de l'époque). L'objectif est de leur proposer des prises en charge spécifiques, pénitentiaires et/ou sanitaires, durant leur incarcération, surtout pour les AVS

3 P. Lemoussu (2009) : « La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles du prononcé de la peine à son exécution en France, en Angleterre et au Pays de Galles », Mémoire Master 2 Droit de l'exécution des peines & Droits de l'Homme, Université Montesquieu (Bordeaux 4), Université de Pau et du pays de l'Adour, ENAP.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

qui ont un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins prévu à leur libération (et qui sont alors incités à se soigner en détention).

Les détenus bénéficient en général⁴ d'un régime de **réduction de peines** qui est de deux ordres : les crédits de réductions de peine (CRP) automatiques, correspondant à 3 mois/an ou 7j/mois en fonction du quantum de peine, et les réductions de peines supplémentaires (RPS) correspondant aux mêmes réductions que les CRP mais accordées en cas d'efforts sérieux de réadaptation sociale. Ces dernières années, les dispositions juridiques ont eu tendance à réduire ou supprimer les RPS pour les AVS ou à les conditionner obligatoirement à un soin au cours de la détention lorsqu'un SSJ est prévu après la prison (incitation aux soins en détention).

Enfin, il existe de possibles **aménagement de peines**. Ils ne sont pas spécifiques aux AVS et sont tous assortis d'obligations décidées soit lors du jugement soit ultérieurement par le JAP. Ils sont variés : régime de semi-liberté (condamné incarcéré bénéficiant d'horaires de sortie durant la journée), placement sous surveillance électronique (condamné assigné à résidence avec horaires de sortie définis durant la journée), placement extérieur (condamné en général hébergé à l'extérieur, avec horaires de sorties définis durant la journée) et libération conditionnelle (condamné libéré de manière anticipée et contrôlée).

La rétention de sûreté n'est pas une peine mais une mesure administrative qui permet le placement, dans un **centre spécifique**⁵ (différent de la prison), de certaines personnes considérées comme toujours dangereuses, alors qu'elles ont purgé leur peine pour une infraction antérieure particulièrement grave.

Ce placement **dure un an** mais cette durée étant **perpétuellement renouvelable**, le législateur a souhaité que le recours à la rétention soit restreint et très encadré. C'est pourquoi seules les personnes répondant à des **critères stricts** peuvent être soumises à une rétention de sûreté : personnes coupables d'infractions particulièrement graves, condamnées à une peine de réclusion de 15 ans minimum et présentant un risque de récidive très élevé du fait d'un trouble grave de la personnalité. Aussi, la rétention de sûreté ne doit être prononcée qu'en **dernier recours**, c'est-à-dire si et seulement si les autres mesures visant à prévenir la récidive sont insuffisantes. Enfin, la Cour d'assises doit avoir expressément évoqué son éventualité lors du jugement.

Des AVS remplissant ces critères peuvent être concernés par la rétention de sûreté.

Ce dispositif, créé par la loi du 25 février 2008⁶, n'est pas rétro-actif et il faut théoriquement attendre 15 ans (moins les CRP) après 2008 pour voir apparaître les premières personnes potentiellement concernées par la rétention de sûreté. Cependant, le législateur a créé, dans la même loi, la « surveillance de sûreté » (*cf. infra*) qui est d'application immédiate et qui est susceptible de conduire, en cas de non-respect des obligations l'entourant, à une mesure immédiate de rétention de sûreté.

A l'époque de la loi, des critiques ont surtout porté sur la définition de la « dangerosité » et sur l'évaluation du « risque de récidive », qui peuvent manquer d'objectivité en l'état alors que les

⁴ Sauf récidive et/ou période de sûreté.

⁵ « Centre socio-médico-judiciaire de sûreté », créé pour l'occasion par la Loi du 25 février 2008 et dépendant à la fois des ministères de la Justice et de la Santé (cogestion par directeur d'hôpital et directeur pénitentiaire).

⁶ 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.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

conséquences sont très lourdes (privation de liberté potentiellement à vie). Cette évaluation est réalisée par une des Commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté, commission créée quelques années plus tôt⁷ pour se prononcer à l'origine sur le PSEM. Elle est composée de professionnels d'horizons différents et elle s'appuie, pour forger son avis, sur une expertise médicale par deux experts et sur les résultats de l'observation de la personne réalisée, pendant au moins six semaines, dans un Centre national d'évaluation (CNE) comme celui de Fresnes, de Lille-Sequedin ou de Réau. Cette commission émet un avis et c'est la Juridiction régionale de rétention de sûreté qui décide de la mesure.

A notre niveau, nous n'avons pas accès à d'éventuels statistiques récentes sur le nombre de personnes en rétention de sûreté en France.

Les décisions restrictives de liberté

On distingue les peines en milieu ouvert des mesures de sûreté.

Les **peines en milieu ouvert** sont des condamnations prononcées soit à titre principal soit à titre complémentaire (complémentaire à une peine d'incarcération par exemple). Elles permettent d'éviter les « sorties sèches » et favorisent la réinsertion tout en maintenant une certaine surveillance après la prison. Elles participent aussi à diminuer la surpopulation carcérale.

L'éventail des peines en milieu ouvert est large car les peines sont variées que ce soit dans leurs indications, leurs durées maximales possibles, leurs modalités d'application. Cette diversité s'est construite progressivement au fil du temps et s'articule autour de 3 mesures-phares : le **Sursis avec mise à l'épreuve (SME)** qui date de 1958, la **Contrainte pénale** dernière-née de 2014⁸, et le fameux **Suivi socio-judiciaire (SSJ)** créé en 1998⁹ et dont la présente Audition publique marque les 20 ans.

Même si les peines sont différentes, leur **principe** est souvent le même : schématiquement, elles prévoient un suivi du condamné en milieu ouvert par le Juge d'application des peines (JAP) et par le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), mandaté à cet effet pour la durée de la peine. Le condamné est soumis à diverses obligations et interdictions et, en cas de non-respect, le condamné peut être sanctionné.

Les **obligations** auxquelles sont astreints les condamnés sont **d'ordre général** et permettent de contrôler leur résidence, occupations et moyens d'existence. En fonction de la peine, il existe aussi des **obligations et interdictions particulières**, décidées au cas par cas : se soumettre à des soins (obligation et injonction de soins – voir *sanitaire*), ne pas fréquenter de mineurs ou les lieux habituellement fréquentés par des mineurs, ne pas exercer des activités professionnelles ou bénévoles impliquant un contact avec des mineurs, etc.

En cas de non-respect des obligations, la justice (JAP) peut sanctionner le condamné par un emprisonnement (révocation totale ou partielle d'un sursis, mise à exécution totale ou partielle d'une

⁷ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

⁸ Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

⁹ 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.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

peine d'emprisonnement encourue). Le bris des conditions peut donc être sanctionné et cela même en l'absence d'une nouvelle infraction, ce qui donne un aspect préventif à ce type de suivi.

La **durée maximale du suivi** est variable en fonction de la peine : 3 ans pour le SME (jusqu'à 7 ans pour les récidivistes), 5 ans pour la contrainte pénale et, pour le SSJ : 10 ans pour les délits, 20 ans pour les crimes ou les récidives de délit, 30 ans voire sans limite de durée pour les crimes les plus graves.

Ces peines ne sont pas spécifiques aux AVS mais peuvent bien entendu les concerner. Historiquement, le suivi socio-judiciaire visait spécifiquement les AVS. Il a ensuite été étendu à d'autres catégories d'infractions, autres que sexuelles, dans les années 2005 et 2007. L'injonction de soins (voir *sanitaire*), intimement liée au suivi socio-judiciaire à l'origine, a dû suivre cette diversification des infractions. Aussi, au gré des nombreuses évolutions législatives et sans aucune évaluation du dispositif, l'injonction de soins est passée de facultative au départ à systématisée par la suite et la peine-support de l'injonction de soins s'est diversifiée, d'autres peines que le SSJ pouvant être désormais assorties d'une injonction de soins.

Les mesures de sûreté

La **Surveillance judiciaire** (SJ), créée par la loi du 12 décembre 2005¹⁰, est une sorte de « SSJ rétro-actif ». Elle ressemble en effet à un SSJ et son intérêt principal est d'être applicable immédiatement, même pour les faits commis avant l'entrée en vigueur de la loi la créant. En contrepartie, les personnes ne peuvent y être soumises que pour une durée correspondant à leurs réductions de peine, c'est-à-dire en pratique pour une durée beaucoup plus courte que celle d'un vrai SJJ.

Le **Placement sous surveillance électronique mobile** (PSEM), créé par la même loi que la surveillance judiciaire, permet la géolocalisation continue de la personne. Un logiciel informatique enregistre les zones d'inclusion, les zones d'exclusion entourées de zones « tampons », ainsi que les horaires déterminés au préalable. Une alarme se déclenche en cas de non-respect des heures et des zones autorisées et également en cas de tentative de retrait du bracelet. L'alarme se déclenche à la fois sur place (boîtier électronique porté par la personne placée) et au pôle centralisateur. Les surveillants pénitentiaires ainsi alertés entrent immédiatement en contact téléphonique avec le placé via le boîtier.

Le postulat est que la surveillance électronique permanente conduira le condamné à se comporter de la même façon que s'il était surveillé par une personne physique. Le PSEM peut avoir un effet structurant pour la personne placée car ses déplacements doivent respecter des heures de sortie et certaines zones géographiques mais peut aussi être très stressant pour le condamné, surtout en cas d'alarmes intempestives et répétées. Cette surveillance électronique peut faciliter aussi l'élucidation d'infraction.

Le PSEM est un dispositif qui ne peut être prononcé que dans le cadre de peines ou de mesures de sûreté strictement définies.

Enfin, la **Surveillance de sûreté**, créée par la loi du 25 février 2008¹¹, est destinée à prévenir la récidive de personnes particulièrement dangereuses arrivant en fin de peine. Elle n'est possible que pour les personnes condamnées à quinze ans de réclusion criminelle pour certaines infractions (article 706-53-

¹⁰ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

¹¹ 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.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

13). Elle peut-être prononcée au terme d'un SSJ ou d'une SJ, lors de l'échec d'une SJ ou à l'issue d'une rétention de sûreté. Sa durée est de deux ans, perpétuellement renouvelable (et donc potentiellement illimitée).

Elle peut comporter les mêmes obligations que la SJ et le SSJ, notamment l'injonction de soins et le PSEM.

Surtout, la surveillance de sûreté est d'application immédiate et son non-respect par la personne peut conduire à son placement en rétention de sûreté (cf. supra) qui, pourtant, n'est pas rétro-active.

Articulations santé et décisions de justice

La justice est un champ complexe et l'application des peines tout particulièrement. Depuis 1998, nous avons trop souvent assisté à de nouvelles réformes alors que la loi précédente n'était pas vraiment appliquée. Il faut souvent plusieurs années pour que les dispositions soient mises en place concrètement sur le terrain et sur l'ensemble du territoire. La loi du 17 juin 1998 n'avait d'ailleurs pas échappé à la règle. Les soignants, déjà submergés par les soins de psychiatrie classique, ont souvent mal vécu cette **inflation législative de recours aux soins**.

Dans le soin aux AVS, les soignants doivent avoir quelques notions de droit pénal mais il existe aussi **quelques dérives à éviter** : les soignants n'ont pas à qualifier les faits (lors d'un signalement au Parquet par exemple), à mener une enquête (confrontation victime et auteur présumés par exemple), à commenter une décision de justice (peine jugée trop lourde ou trop légère pour tel AVS). Un moyen est de se rappeler que la justice est rendue au nom du Peuple français, dont les soignants font partie.

De la même manière, ce n'est pas aux juristes (JAP, CPIP, avocats, ...) à jauger, et encore moins à déterminer, la fréquence des rendez-vous médicaux ou la nature des soins prodigués (individuel, groupe, médicament ou non), cela n'est d'ailleurs pas inscrit dans la peine.

En revanche, c'est important que les soignants qui interviennent auprès des AVS :

- **distinguent l'obligation et l'injonction de soins** (voir *sanitaire*).
- connaissent la **durée de la peine**, c'est-à-dire du temps dont ils disposent pour soigner la personne que ce soit en détention (en évitant si possible les sorties soudaines) ou en milieu ouvert. Cela afin d'organiser et d'adapter la stratégie thérapeutique.
- aient une idée globale de **l'échelle des peines** (un patient qui explique avoir purgé une peine de 10 ans de prison pour exhibition sexuelle omet sans doute quelque chose).
- aient connaissance des **antécédents judiciaires** (diversité des infractions ? étendue sur le temps ? nombre total de victimes ? influence d'une peine sur la trajectoire criminelle ? etc.). En effet, on ne proposera pas la même stratégie thérapeutique s'il y a, par exemple, une seule victime (dans un contexte d'alcoolisation aigue) ou 150 victimes (chiffre moyen de victimes d'un pédophile homosexuel) ou si on apprend qu'un père soit-disant incestueux consulte régulièrement de la pédopornographie.

Enfin, pour prouver qu'il remplit bien les obligations inscrites dans sa peine, l'AVS devra présenter à la justice des attestations régulières notamment de soin. Toute **attestation de soin** lui est remise en main propre, ce qui, en plus de le rendre acteur de sa situation certes contrainte, a le mérite de respecter le secret médical. Libre à lui de la présenter ou non mais son intérêt est plutôt de le faire.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

En pratique, lorsqu'un patient consulte pour la première fois en milieu ouvert et qu'il demande une attestation, il est judicieux de lui demander de bien vouloir nous présenter une pièce d'identité (il a le droit de refuser) ou alors au minimum sa carte vitale. Puisque nous rédigeons un document qui sera produit en justice, c'est toujours plus prudent et cela répond aussi au principe qualité de l'identito-vigilance.

Cette attestation peut parfois constituer un **vrai dilemme** pour le soignant et la présence d'un médecin coordonnateur (injonction de soins) peut alors aider. Nous donnons quelques exemples rencontrés dans notre pratique soignante ou dont nous avons eu connaissance au cours de nos missions CRIAVS :

- face à un condamné qui consulte régulièrement mais qui nie les faits et toute problématique sexuelle et qui n'a aucun trouble psychiatrique avéré : doit-on délivrer une attestation de soin ? ou de présence ? La justice fait-elle une différence ? Peut-on (ou doit-on) interrompre le suivi ?
- celui qui se dit déprimé d'avoir été condamné à tort et qui demande un suivi pour l'aider à surmonter cette « dépression réactionnelle » : la rédaction d'une attestation de soin qui sera produite en justice est-elle vraiment adaptée dans ce cas ?
- à l'inverse, des consultations régulières mais avant jugement (sujet présumé innocent) ne risquent-elles pas d'être interprétées par la justice comme un début d'aveu ou de preuve ?
- face à un patient qui refuse les soins en groupe alors que cette indication est très adaptée à sa problématique, faut-il maintenir des consultations individuelles qu'on pense insuffisantes ? Comment délivrer une attestation pour des soins qu'on trouve inadaptés ?
- l'attestation est signée par un professionnel de santé mais elle serait parfois différemment prise en considération par le CPIP ou le JAP selon qu'il s'agit d'un médecin, psychologue, infirmier, etc. C'est pourquoi certains services de soin ont imaginé faire signer toutes les attestations par le secrétariat du service. Cela peut toutefois poser problème dans l'injonction de soins (médecin ou psychologue traitants uniquement).

12

La prise en charge au sein des SPIP

Les Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) appartiennent à une administration à la fois très hiérarchisée et soumise aux politiques pénales définies par le gouvernement. Ces dernières années, leurs missions ont ainsi évolué vers la « prévention de la récidive » ou plutôt fluctué entre une prévention de la récidive « par un contrôle et une surveillance renforcés » et une prévention de la récidive « par une réinsertion favorisée », en fonction de la coloration politique des gouvernements successifs.

L'administration pénitentiaire utilise l'acronyme « AICS » (Auteur d'infraction à caractère sexuel) pour désigner les AVS (acronyme d'auteurs de violences sexuelles utilisé par le Ministère de la santé).

Présentation générale des SPIP

Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont des services déconcentrés du Ministère de la Justice. Ils relèvent de la Direction de l'Administration pénitentiaire et sont chargés de la mise à exécution des décisions de justice pénale concernant les majeurs condamnés (tandis que c'est la Protection judiciaire de la jeunesse qui prend en charge les mineurs).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Au 1^{er} janvier 2016¹², 237.799 personnes placées sous main de justice (PPSMJ) étaient ainsi prises en charge par les environ 3.000 CPIP travaillant dans la centaine de SPIP répartis sur tout le territoire : 161.198 PPSMJ en milieu ouvert et 76.601 en milieu fermé. La proportion des PPSMJ est donc de deux personnes suivies en milieu ouvert pour 1 personne (détenue) en milieu fermé.

Créés en 1999 en tant que tels, les SPIP exercent plusieurs missions tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé :

- aide à la décision judiciaire en analysant la situation des PPSMJ afin de permettre à l'autorité judiciaire de mieux individualiser les peines et les aménagements ;
- évaluation, suivi et contrôle de la peine et information au JAP sur son déroulement ;
- préparation à la sortie pour les personnes incarcérées ;
- développement d'un réseau de partenaires institutionnels, associatifs et privés afin de faciliter l'accès des PPSMJ aux dispositifs de droit commun (droits sociaux, emploi, formation, logement, etc.).

L'évolution profonde et progressive du métier de CPIP

Depuis leur création il y a 19 ans, les SPIP ont vu leurs missions se recentrer en 2009 sur la prévention de la récidive. Cette dernière constitue aujourd'hui la finalité de leur action¹³. Dès lors, plusieurs expérimentations visant à structurer les politiques d'insertion et de probation ainsi que les modes de prise en charge des PPSMJ par les CPIP ont vu le jour et nous décrivons ici quelques exemples sans doute non exhaustifs :

- Les **PPR (programmes de Prévention de la Récidive)** sont des prises en charge collectives, animées par des CPIP sous supervision d'un psychologue. Ils ont lieu en milieu ouvert ou en milieu fermé, suivent un programme qui se déroule sur une dizaine de séances et réunissent pendant plusieurs mois un des quatre publics pour lesquels les PPR sont adaptés (personnes condamnées pour infractions sexuelles, violences conjugales, conduites addictives ou délinquance routière). Après avoir été expérimentés au SPIP d'Angoulême dans les années 2000, les PPR sont considérés depuis 2009 comme une modalité de prise en charge à part entière et un référentiel de « bonnes pratiques » est paru en 2010. Leur généralisation a été décidée et des moyens matériels et humains (recrutement de psychologues dédiés aux PPR) ont été alloués. En pratique, l'objectif fixé par l'administration pénitentiaire (2 PPR par SPIP et par an dans la région Aquitaine) peine à être atteint que ce soit en milieu ouvert ou fermé (notamment dans les établissements fléchés AICS).
- Le **Code de déontologie du service public pénitentiaire** est créé par décret en 2010 et est modifié par décret en 2016. Il concerne l'ensemble des agents.
- Le **DAVC (Diagnostic *sic* à visée criminologique)** apparu vers 2012 et abandonné vers 2014 : il s'agissait d'un outil d'évaluation informatisé et utilisé tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé. Appliqué en début de suivi, il devait permettre de déterminer un mode de prise en charge adapté au profil de la PPSMJ ainsi évaluée (différents profils correspondant à différents niveaux de prises en charge). Le DAVC pouvait être complété ou modifié en cours de suivi.

¹² Page 5, « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) », Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice, avril 2017.

¹³ Voir la circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la conférence de consensus relative à la prévention de la récidive de février 2013, la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- La **recherche-action PREVA** menée récemment par l'ENAP, l'Université de Montréal et l'Université de Rennes 2. PREVA est un programme d'évaluation des PPSMJ fondé sur les principes du Risque, des Besoins et de la Réceptivité (modèle RBR). En pratique, 6 outils d'évaluation ont été testés dans 6 SPIP différents. Les conclusions¹⁴ ont été rendues en juillet 2016 et ne font pas l'unanimité, des organisations syndicales pénitentiaires leur opposant par exemple des biais méthodologiques (trop peu de tests réalisés sur le terrain) voire des conflits d'intérêt éventuels.
- La **justice restaurative (JR)** (voir *société civile*) a été consacrée dans l'article 10-1 du Code de procédure pénale depuis la loi du 15 août 2014. Certains dispositifs de JR avaient déjà été testés comme les Rencontres détenus-victimes (cf. infra) et le rapport Blanc¹⁵ recommandait déjà en 2012 d'expérimenter les Cercles de soutien et de responsabilité pour les AICS. Une circulaire du Ministère de la justice du 15 mars 2017¹⁶ est venue apporter des précisions sur la mise en œuvre des mesures de JR. Plusieurs SPIP sont en train d'en développer à différents endroits du territoire (pour les CSR : SPIP de Dax et SPIP d'Orléans notamment). Une liste des projets en cours est probablement tenue à jour par un service de la DAP mais n'est pas diffusée. La place des SPIP et le statut du CPIP dans une mesure de JR font débat même au sein de l'Administration pénitentiaire. Comme énoncé précédemment, les mesures de JR peuvent concerner les AVS mais seuls les CSR sont spécifiques aux AVS.
- un **référentiel des pratiques opérationnelles**, portant sur la méthodologie des SPIP et basé en grande partie sur les Règles européennes de la probation, a récemment été finalisé et diffusé à destination des CPIP. Son contenu fait aussi débat parmi le personnel et les organisations syndicales. Il vise pourtant à l'origine à apporter un soutien aux services, des repères aux personnels dans un but d'améliorer les pratiques et la prise en charge des PPSMJ.

14

Une prise en charge toujours peu spécifique des AVS

Malgré la création d'une peine spécifique pour les AVS en 1998, les modalités de prise en charge par les CPIP n'ont pas connu d'évolution particulière dans la gestion des AVS, que ce soit en milieu ouvert ou en milieu fermé et notamment dans les établissements pour peine fléchés AICS¹⁷.

A tort, beaucoup d'acteurs de la chaîne pénale ont longtemps considéré que le seul intérêt du suivi socio-judiciaire était l'injonction de soins et ont alors laissé le dispositif reposer sur le sanitaire alors qu'on aurait pu être créatif aussi côté application des peines et probation. D'ailleurs, certains SPIP ont su parfois innover localement :

- Par exemple dans des mesures de **justice restaurative**, (voir *société civile*) comme à la **maison centrale de Poissy** qui a développé des **rencontres détenus-victimes** (qui ne sont cependant pas spécifiques aux AVS) ou comme au **SPIP des Yvelines** qui s'est intéressé vers 2012 aux

¹⁴ Rapport final consultable sur : <http://herzog-evans.com/wp-content/uploads/2016/10/PREVA-rapport-final1.pdf> (mai 2018)

¹⁵ p. 140-141 du Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, présenté par E. Blanc, en conclusion des travaux de la mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale présidée par JL Warsmann, février 2012.

¹⁶ Circulaire du Ministère de la justice du 15 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la JR.

¹⁷ Historiquement, les 3 centres de détention « spécialisés AICS » (Caen, Casabianda et Mauzac) l'étaient du fait d'un régime de surveillance pénitentiaire moins renforcé qu'ailleurs car tenant compte de l'absence de trouble du comportement des AVS en détention.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Cercles de soutien et de responsabilité (qui sont spécifiques aux AVS) mais, paradoxalement, en le développant pour des non AVS¹⁸.

- Par exemple comme le SPIP de Bordeaux qui, face à des situations très à risque dépistées au cours du soin, a fait évoluer son fonctionnement :
 - o en créant le « **groupe suivi socio-judiciaire** » qui réunit des CPIP volontaires pour suivre préférentiellement les PPSMJ en SSJ (et donc surtout les AVS). Dix ans après, ce groupe existe toujours.
 - o en mettant en place une procédure de « **cellule de crise** » (en cas de situation aigüe, le CPIP de permanence est rejoint par un CPIP désigné au préalable et qui interrompt alors ses suivis, pour que les deux CPIP se consacrent à la gestion de la situation d'urgence, en lien avec leur encadrement). Etonnament, il semble que ce dispositif n'ait pas survécu avec le temps et les changements de personnes alors qu'il est vraisemblable que d'autres situations de crise soient survenues.

Articulations santé- SPIP

SPIP et CRIAVS sont localement amenés à se rencontrer dans une logique de **réseau**. L'organisation, commune ou ouverte à l'autre, de colloques, de formations, de journées et de réunions, permet souvent de créer une dynamique locale voire un « **langage professionnel partagé** ». Cela permet de connaître le métier de l'autre, ses objectifs et ses limites.

Cependant, les échanges entre CPIP et soignants ne peuvent pas porter sur des données de santé des PPSMJ car, contrairement à ce que beaucoup pense, le « **secret partagé** », défini par la Loi du 26 janvier 2016, est prévu entre le sanitaire, le médico-social et le social¹⁹ et non avec le judiciaire et la pénitentiaire.

15

La prise en charge sanitaire des AVS

Depuis la Loi du 17 juin 1998, la psychiatrie se trouve très impliquée en France dans la prise en charge des AVS et ce degré d'implication est plus élevé que dans les autres pays. Elle intervient à 3 niveaux : le soin bien sûr mais aussi l'expertise (qui peut apparaître à tous les stades de la procédure pénale) et la coordination (médecin coordonnateur en cas d'injonction de soins). Dans cette partie, nous abordons les soins et leur coordination mais pas l'expertise qui est abordée ailleurs au cours de l'Audition publique.

Une orientation presque systématique des AVS vers la psychiatrie

En France, la prise en charge d'un AVS dépend de sa responsabilité pénale au moment de l'infraction, déterminée lors d'une expertise psychiatrique et décidée, in fine, par la justice.

¹⁸ Ce qui signifie, en d'autres termes, qu'un dispositif reconnu efficace à l'étranger pour une certaine catégorie de condamnés a été tenté en France en excluant précisément ce type de condamnés, c'est suffisamment incohérent et risqué pour être souligné ici.

¹⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Les AVS reconnus comme **irresponsables pénalement** (en raison d'un trouble psychiatrique abolissant leur discernement au moment des faits²⁰) ne peuvent pas être condamnés. Ils sortent du champ pénal et sont alors orientés vers la psychiatrie, en général sous la forme d'une hospitalisation sans consentement en hôpital public voire en Unité pour malades difficiles (UMD). L'évolution de leur parcours, en termes de sortie d'hospitalisation puis de prise en charge ambulatoire, relève surtout du Code de la santé publique (notamment de la Loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013).

La grande majorité des AVS sont reconnus **responsables pénalement** de leur infraction. Les nombreuses évolutions législatives de ces dernières années ont tendance à les orienter, eux aussi, vers le soin psychiatrique, parfois après l'avis d'un expert psychiatre. Le soin est ici inscrit dans la condamnation et est donc obligatoire pour l'AVS. Les professionnels de la santé restent cependant indépendants et n'agissent pas sous mandat judiciaire, contrairement aux services de probation (SPIP).

Différents cadres légaux des soins aux AVS

Différents cadres légaux pour les soins aux AVS condamnés sont possibles :

- **En détention** : c'est l'**incitation** aux soins, qui consiste en une information, réalisée au moins 1 fois par an par le JAP et le SPIP et expliquant aux détenus condamnés (pour une infraction pour laquelle « le suivi socio-judiciaire est encouru ») qu'ils peuvent débiter un soin durant leur incarcération²¹. Pour ce faire, ils sont alors orientés vers des prisons fléchées « AICS » par l'administration pénitentiaire. Ce soin se fait sur la base du volontariat, un détenu ne pouvant y être obligé du fait de son enfermement. S'il refuse, il ne pourra alors pas bénéficier d'une mesure de libération anticipée (réductions de peine, conditionnelle). A l'inverse, lorsqu'il accepte, des réductions de peine supplémentaires peuvent lui être octroyées, le JAP considérant alors qu'il y a un effort sérieux de réadaptation sociale. Le dispositif juridique d'incitation aux soins semble aujourd'hui suffisamment développé et l'information aux soignants des détenus en relevant est prévue par la loi depuis 2012. Cependant, on peut se demander si les soignants ont bien perçu les enjeux des mécanismes juridiques parfois subtils et complexes conduisant à l'incitation aux soins. Car souvent les soignants en prison maintiennent la posture d'attendre la demande spontanée de soin du détenu (demande préalable à envoyer par courrier à l'infirmerie par exemple) plutôt que d'aller à sa rencontre et de s'assurer qu'il a bien compris tous les enjeux. Bien sûr les détenus sont libres de refuser mais cela doit être tracé dans le dossier médical et la porte des soins doit leur rester ouverte. On peut encore plus se poser la question pour le détenu qui n'a pas forcément fait d'études et pour lequel une explication trop juridique ne lui parlera pas. A l'inverse, les soignants en détention se plaignent souvent d'être envahis de demandes utilitaires (d'attestations) de soins. La conférence de consensus de novembre 2001 précisait qu'il n'y avait pas d'indication de soin en cas de déni total des faits.
- **Hors détention** : deux cadres légaux sont possibles : l'**obligation de soins** (non spécifique aux AVS) et l'**injonction de soins** (spécifique à l'origine aux AVS puis élargie à d'autres types de délinquants). Le SPIP sous mandat du JAP veille au bon respect des conditions par l'AVS y compris en matière de soin. La nature des soins demeure toutefois de la compétence exclusive

²⁰ Alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal.

²¹ Cette information est également délivrée au cours du jugement par le président du tribunal, lors du prononcé de la condamnation de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

des soignants. Dans l'injonction de soins, un médecin coordonnateur (MC) est spécialement désigné par le JAP pour jouer l'intermédiaire entre condamné, soignant et JAP.

L'**obligation de soins**, définie dans l'article 132-45 du code pénal, est possible dans le cadre d'une peine mais aussi avant jugement (contrôle judiciaire). Autrement dit, l'obligation de soins est possible pour une personne présumée innocente.

L'obligation de soins a été créée en 1958 mais ce n'est que depuis 2012²² qu'une information du médecin ou du psychologue traitant est organisée officiellement. En revanche, le médecin, tenu au secret médical, ne peut transmettre d'informations au JAP ou au SPIP, et c'est le condamné lui-même qui transmet à la justice les attestations que le médecin lui délivre. Enfin, le condamné a le libre choix du praticien.

L'**injonction de soins** a été créée par la loi du 17 juin 1998. Cette mesure ne pouvait alors être prononcée que pour une infraction sexuelle et que dans le cadre d'un SSJ. Par la suite, le prononcé d'une injonction de soins est passé de facultatif en 1998 à systématique « *sauf décision contraire de la juridiction* » en 2007²³, a été élargi à d'autres mesures que le SSJ (libération conditionnelle, surveillance judiciaire et surveillance de sûreté) et, enfin, a été élargi à d'autres infractions que les sexuelles du fait de l'extension du SSJ à d'autres infractions.

Toutes ces évolutions législatives ont été votées sans aucune évaluation du dispositif existant (ou d'ailleurs inexistant dans certains endroits).

En pratique, l'injonction de soins se met en place à la sortie de détention ou de rétention et fait alors intervenir plusieurs acteurs : le JAP et le SPIP, qui contrôlent l'effectivité des soins, ce qui peut conduire à réincarcérer la personne défaillante, le médecin ou le psychologue traitant, qui prodigue les soins nécessaires, et, enfin, le médecin coordonnateur (MC), qui joue le rôle d'interface entre la justice et la santé et dont les missions définies par le code de la santé publique.

Le MC est désigné par le JAP obligatoirement avant la libération (en cas d'infractions rendant possible une rétention de sûreté) ou avant la libération si possible dans les autres cas. Après avoir pris connaissance du dossier pénal communiqué par le JAP, il convoque la personne condamnée pour un entretien. Il lui explique alors les modalités d'exécution de l'injonction de soins et l'invite à choisir un médecin ou psychologue traitant. En cas de désaccord sur ce choix, le traitant est désigné par le JAP, après avis du médecin coordonnateur.

Le MC ne prodigue pas de soins, il convoque la personne au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation. Vis-à-vis du médecin traitant, le MC peut lui communiquer des éléments du dossier pénal et lui apporter son assistance en cas de besoin. Le MC n'étant pas un soignant, le Conseil national de l'ordre des médecins a rappelé qu'il n'y avait « donc pas de secret partagé entre le (...) traitant et le médecin coordonnateur »²⁴, phrase à laquelle il faudrait ajouter pour être tout à fait

²² Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.

²³ Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

²⁴ Courrier de l'Ordre national des médecins du 13 janvier 2011, en annexe 9 du rapport de l'IGAS et IGSJ, « L'évaluation du dispositif de l'injonction de soins », février 2011.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

complet « sauf dérogations prévues par la loi ». Ses dérogations²⁵ existent depuis la loi initiale de 1998 et ont été rendues plus complexes et confuses²⁶ par une loi en 2010.

Surtout, le MC exerce une fonction d'interface avec la justice dans la mesure où, aux termes de la loi, il constitue l'interlocuteur quasi unique du JAP. Ainsi, le MC lui transmet au moins une fois par an (ou deux fois par an pour les infractions les plus graves) un rapport comportant les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins, et notamment des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne. De la même façon, c'est le MC qui doit informer le JAP de l'interruption du traitement contre l'avis du médecin traitant et qui peut lui faire part des difficultés, signalées par le médecin traitant, survenues dans l'exécution des soins. Le MC peut également en informer le CPIP de la personne suivie.

A tout moment, un avis expertal peut être suggéré au JAP par le MC ou le traitant.

Enfin, à l'échéance de l'injonction de soins, il informe le patient de la possibilité de poursuivre les soins en dehors de tout cadre judiciaire.

L'injonction de soins est donc une mesure plus structurée que l'obligation de soins et des règles sont établies quant aux échanges d'informations entre eux (dérogations possibles ou obligatoires au secret médical). L'injonction de soins fait cependant appel à plus d'intervenants, ce qui peut constituer une difficulté pour sa mise en place.

- Enfin, à noter que tout AVS a la possibilité de demander du soin sans y être obligé, c'est la **demande spontanée de soin**. En milieu ouvert, la santé peut ainsi prendre en charge un AVS même s'il n'est pas sous mandat judiciaire et peut aussi proposer à un AVS de poursuivre les soins lorsque sa peine et son soin obligatoire se terminent. Pour donner un ordre d'idée de leur proportion, les « soins spontanés » représentaient **environ 35%** en milieu ouvert (consultation spécialisée d'ERIOS en décembre 2011).

18

Une déontologie commune à tout patient...

La pratique médicale en France répond à des règles déontologiques très précises. Elles portent notamment sur le **secret médical**, le **consentement** du patient après **information**, l'**obligation de moyen** du médecin, le **libre choix** du médecin par le patient, l'**indépendance professionnelle** du médecin.

A noter que tous les corps de métier soignant (médecin, infirmier, psychologue, psychomotricien, etc.) n'ont pas toujours de **Code de déontologie** propre ou d'**Ordre professionnel**. Lorsqu'un Code de déontologie existe (pour les infirmiers par exemple), il semble assez proche de celui des médecins.

Concernant les soins aux AVS, le soin s'inscrit dans les mêmes principes déontologiques que tout soin pour toute autre pathologie (diabète, bipolarité, etc.). Il existe cependant quelques aménagements légaux pour l'injonction de soins (cf. infra).

Les soignants relèvent du Ministère de la santé et non du Ministère de la justice. Ainsi, les soignants ne sont pas liés au SPIP ou au magistrat par exemple. Concernant les médecins traitants, ils sont

²⁵ Voir article L. 3711-3 du CSP.

²⁶ Voir tableau-résumé page 119 in Cochez, Guitz et Lemoussu, « Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », Actualités sociales hebdomadaires, numéro juridique, juin 2010.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

indépendants et travaillent « en leur âme et conscience » au bénéfice du patient. Cela explique qu'ils ne sont pas tenus aux conclusions d'un confrère expert ou coordonnateur par exemple. Cette indépendance professionnelle est cependant limitée par le respect des recommandations professionnelles (Haute autorité de santé par exemple) et/ou la prise en compte des données acquises de la science (via la formation continue, DPC).

Comme énoncé plus haut (voir *SPIP*), la notion de secret partagé (Loi du 26 janvier 2016) concerne les milieux sanitaires, médico-sociaux et sociaux entre eux, et non les milieux judiciaires et pénitentiaires.

...avec aussi des dérogations générales et spécifiques

Très concrètement, l'activité d'un CRIAVS comportant parfois des sollicitations directes d'AVS, de leur entourage ou même de l'entourage d'une victime, il y a nécessité que les professionnels notamment des CRIAVS soient au clair vis-à-vis de leur propre secret professionnel et surtout des dérogations légales concernant, par exemple, une **situation de mineurs en danger (ou de majeurs vulnérables)**²⁷.

A noter que le signalement d'un mineur en danger (ou majeur vulnérable) est une dérogation légale indépendante du cadre légal des soins (spontanés, obligation et injonction) et permanente (c'est-à-dire en vigueur de la première rencontre de l'AVS à la dernière consultation souvent plusieurs années après).

Une difficulté peut résider dans le fait que l'alinéa 2 de l'article 226-14 du Code pénal est spécifique au professionnel de santé et est formulé de sorte qu'il y a constatation par le professionnel de quelque chose de suspect chez le mineur. Or dans le soin aux AVS, la situation d'un mineur en danger provient des dires de l'AVS lui-même et le soignant n'a jamais rencontré le mineur, ne connaît pas son identité, son âge précis, sa promiscuité avec l'AVS, etc. Il n'est pas habilité à organiser une « confrontation » entre le mineur et l'AVS car c'est de la compétence d'un service d'enquête.

Cependant, l'alinéa 1 du même article ne fait, lui, pas référence à une « constatation » mais juste à la « connaissance » d'un cas de maltraitance. Il concerne « celui (...) qui a eu connaissance (...) », c'est-à-dire probablement toute personne, professionnel de santé ou non.

Il nous semble absolument nécessaire que des juristes confirment ou infirment nos propos et fassent évoluer l'article si besoin.

En pratique, nous avons malheureusement déjà dû faire ce genre de signalement à ERIOS à Bordeaux (2 à 3 fois par an environ) et nous ne précisons pas sur quel alinéa de l'article 226-14 du CP nous nous appuyons. Aussi, nous invitons d'abord l'AVS à se signaler lui-même aux autorités judiciaires, afin de le rendre acteur de sa trajectoire, tout en l'accompagnant déjà psychologiquement dans sa démarche.

De cette pratique, nous relevons quelques observations intéressantes :

- les services d'enquête et le Parquet sont parfois très surpris, sinon peu préparés, de recevoir des aveux spontanés, ce qui entraîne parfois des situations ubuesques où l'AVS va devoir insister pour être entendu.

²⁷ Tout projet de permanence téléphonique ou de numéro vert (comme le projet Réseau Ecoute Orientation de la Fédération française des CRIAVS par exemple) devrait prendre en compte d'emblée cette éventualité (dans la formation des régulateurs par exemple).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- malgré notre signalement, et ses conséquences allant parfois jusqu'à l'incarcération, il n'est pas rare que le patient AVS demande à poursuivre le soin dans l'unité alors qu'il pourrait changer de thérapeute vu le contexte.
- alors que des patients AVS ont décidé de se signaler eux-mêmes après nos conseils, il nous a parfois été reproché – oralement – de ne pas avoir fait de signalement judiciaire en parallèle.

Il existe aussi des **dérogations légales spécifiques dans l'injonction de soins** qui disparaissent à la fin de la mesure, finalement en même temps que le médecin coordonnateur. Ces dérogations n'existent pas dans l'obligation de soins ni dans les soins spontanés. Ce qui est assez antinomique car un soignant agit en fonction d'une situation clinique et d'un état de santé et non pas en fonction d'un cadre juridique. Quoiqu'il en soit, en l'état, un soignant prenant en charge un AVS doit donc savoir faire la différence entre ces cadres juridiques et pouvoir facilement retrouver dans le dossier médical le nom et les coordonnées du médecin coordonnateur le cas échéant pour palier une urgence.

De plus, même en cas de dérogation tout à fait légale (difficulté, refus, etc.), le contenu des échanges entre traitant et médecin coordonnateur fait manifestement débat.

En effet, en 2009, le Guide de l'injonction de soins²⁸ indique que « *cela ne les délivre pas du secret professionnel* », ce qui est exact encore qu'il aurait été plus judicieux de préciser que cela ne les délivrerait pas *complètement* du secret professionnel puisque des dérogations légales bien réelles existent. Le Guide précise ensuite que les médecins / psychologues traitants « *n'ont pas à transmettre les informations qui les incitent à entrer en contact avec le médecin coordonnateur ou avec le juge de l'application des peines. Le médecin traitant et le psychologue traitant n'ont pas à justifier leur position ou à d'argumenter (sic) un point de vue ; ils doivent simplement permettre au médecin coordonnateur ou au juge de l'application des peines de réinterroger l'évolution de la personne et les besoins d'accompagnement ou de contrainte* ».

Nous pensons qu'il s'agit là d'une position (trop) catégorique car, comme nous l'avons relevé en 2010²⁹, cela signifierait que « *les raisons du signalement doivent être tues. Dans ce cas, il incombe aux magistrats et aux médecins coordonnateurs à deviner (sic) ce qui se passe* » et le même principe étonnant s'appliquerait aussi en cas de demande d'une nouvelle expertise au cours de l'injonction de soins. Le même débat a déjà eu lieu dans un autre domaine, celui des certificats des soins psychiatriques sans consentement. On ne pourrait pas imaginer un certificat confirmant une hospitalisation complète sans argument clinique et circonstanciel.

Enfin, ces dérogations au secret médical en injonction de soins ont été rendues, selon nous, plus complexes voire confuses par la Loi du 10 mars 2010, avec un risque réel qu'elles soient peu comprises et peu appliquées sur le terrain.

L'organisation des soins en détention (milieu fermé)

En détention, les soins psychiatriques sont assurés par un Service médico-psychologique régional (SMPR) lorsqu'il existe (un SMPR par région) et par un dispositif de soins psychiatriques (DSP) rattaché à l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) dans les prisons ne disposant pas de SMPR.

²⁸ Page 44, Guide de l'injonction de soins, Ministère de la santé et des sports et Minist-re de la justice, 2009.

²⁹ Pages 118 à 120, Cochez, Guitz et Lemoussu, « Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », Actualités Sociales Hebdomadaires, Numéro juridique, juin 2010.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Depuis 2012, ces différentes structures ont été renommées sous le vocable « d'Unités sanitaires »³⁰, qui sont de trois niveaux possibles selon les modalités de prise en charge offertes (consultation, hospitalisation partielle, hospitalisation complète).

Ces dernières années, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées. Elles sont destinées à accueillir les détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie et donc, a priori, dans un contexte d'urgence psychiatrique. En l'absence de places en UHSA, l'hospitalisation psychiatrique d'un détenu a toujours lieu dans un hôpital psychiatrique public voire dans une Unité pour malades difficiles (UMD).

Ces différentes structures traitent de toutes les pathologies (psychose, dépression, alcoolisme, toxicomanie, etc.) et ne sont pas spécifiques aux AVS.

En 2008, l'Administration pénitentiaire (Ministère de la justice) a désigné certaines prisons comme étant spécialisées pour les AICS (pour lesquels le suivi socio-judiciaire est forcément « encouru »). Elles sont au nombre de 22, environ une par région, et sont réparties sur l'ensemble du territoire national. Le Ministère de la santé y a alors financé plus d'offres de soins³¹, en renforçant localement les équipes soignantes et/ou en créant des équipes mobiles se déplaçant vers ces prisons car, de par la loi, les soins sont devenus un véritable enjeu pour certains condamnés (voir *juridique* et *judiciaire*).

L'idée de **soins spécifiques pour les AVS** en détention fait débat parmi les soignants. L'argument principal avancé est le risque de stigmatisation des AVS qui sont considérés comme des « pointeurs » par leurs co-détenus. Mais on entend aussi cela pour les soins en milieu ouvert (où il n'y a pas de co-détenus) et, plus étonnant, pour les soins en centres de détention même fléchés AICS (où les AVS peuvent représenter 80% des détenus). Cependant, à ce niveau de pourcentage, c'est parfois les 20% restants qui se sentent en fait stigmatisés comme nous avons pu l'entendre au sein du réseau. Aussi, c'est parfois le prétexte avancé aux soignants par des AVS qui ne souhaitent tout simplement pas se soigner. Enfin, on ne peut faire abstraction des AVS qui acceptent les soins proposés et qui font part de leur satisfaction de rencontrer (enfin) des équipes qui sont à l'écoute et qui s'y connaissent dans leur problématique si particulière.

Une autre difficulté est la **préparation à la libération**. Moment-clé de l'incarcération, elle ne semble pas toujours formalisée. La loi a souhaité l'intervention du médecin coordonnateur avant la libération (pour ceux condamnés à une injonction de soins), ce qui n'est pas toujours réalisable (si le détenu change de juridiction en étant libéré). Elle a également prévu un échange d'informations entre le dedans et le dehors concernant les soins. Nous souhaitons témoigner ici que nous recevons, environ 2 fois par an, des détenus récemment libérés suite à parfois 10 ans de prison et qui viennent sonner à la porte d'ERIOS sans que nous n'ayons jamais entendu parler d'eux, sans que nous n'ayons aucune information les concernant que ce soit d'ordre médical ou judiciaire. La marge d'amélioration est tout simplement énorme. Lorsqu'un contact a pu être établi avant la libération, le relai est plus simple et peut même être personnalisé.

³⁰ Page 117 du Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice, Paris (2012).

³¹ Ministère de la santé, circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 08 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

L'organisation des soins hors détention (milieu ouvert)

Hors détention, les soins aux AVS pénalement responsables se déroulent en hospitalisation ou, dans l'immense majorité des cas, en consultations ambulatoires.

Le recours à une **hospitalisation**, pour un AVS responsable de ses actes, est exceptionnel et doit être motivé par une décompensation psychiatrique (crise suicidaire, état délirant, etc.). Selon notre expérience à ERIOS, il n'est pas rare qu'idées suicidaires et « pulsions » déviantes co-existent lors d'une crise et l'hospitalisation libre en urgence a alors sans doute permis d'éviter un passage à l'acte auto-et/ou hétéro-agressif. Lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, elle se fait généralement dans un Établissement public de santé mentale (EPSM) et plus rarement en clinique privée.

Pour les **soins ambulatoires**, les AVS ont le choix entre la psychiatrie publique (Centre médico-psychologique, CMP) et la psychiatrie libérale. Selon la loi, dans l'injonction de soins, le médecin coordonnateur doit ratifier le choix fait par l'AVS pour tel ou tel médecin ou psychologue traitant et c'est le JAP qui le désigne en cas de désaccord.

Sauf à de rares exceptions, 20 ans après la Loi de 1998, les soignants de psychiatrie générale demeurent rarement enclins à prendre en charge les AVS, expliquant qu'ils ne sont pas formés et/ou qu'ils sont déjà surchargés par les soins classiques en CMP. En France, il existe un débat chronique entre soignants autour de la question d'équipe non spécifique de soin versus équipe spécifique pour les AVS. Les avantages et inconvénients des deux possibilités sont entendables mais, comme dit précédemment (cf. supra), des AVS témoignent de leur satisfaction de trouver des professionnels à la fois à l'écoute et aguerris à leur problématique. Aussi, les deux seuls rapports officiels et nationaux sur le soin aux AVS préconisent *in fine* des consultations spécifiques (rapport IGAS et IGSJ³², rapport Étienne BLANC³³).

Alors que le nombre d'AVS suivis en milieu ouvert est beaucoup plus important que le nombre d'AVS en milieu fermé³⁴, il n'y pas eu de budget spécifique et officiel pour les soins aux AVS en milieu ouvert. Il existe quelques initiatives locales de développement d'équipes spécifiques, en général à moyen constant, s'adressant aux AVS ou à des auteurs de violence en général. Force est de constater que leur mise en place et leur publicité augmentent le nombre de demandes **spontanées** de soins, par des sujets qui ont repéré chez eux-mêmes une certaine attirance sexuelle déviante comme nous avons pu le constater à la consultation spécifique de Bordeaux. Une telle offre de soin est, selon nous, l'essence-même de la **prévention des violences sexuelles**.

Nous détaillons l'organisation des soins en milieu ouvert au sein de l'unité ERIOS dans la partie sur la nature et la stratégie des soins dispensés (cf. infra).

Avec le temps, avec la constitution du réseau régional ou avec les formations délivrées par le CRIAVS, on assiste au développement de groupes et/ou de consultations plus ou moins spécifiques dans différents CMP de l'Aquitaine historique et c'est autant d'offres de soins qui se créent, souvent à

³² Recommandation n° 46 du Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, IGAS et IGSJ, février 2011.

³³ Recommandations n° 16 et 17 du Rapport parlementaire d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuelle, déposé le 29 février 2012 et présenté par E. Blanc, dans le cadre d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale.

³⁴ En Aquitaine (région historique), on compte 560 AVS (61%) suivis en milieu ouvert pour 359 AVS (39%) incarcérés (source DISP de Bordeaux, au 1^{er} janvier 2018).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

moyens constants malheureusement. Des CMP « médico-judiciaires » existent ainsi à Bergerac (24), à Agen (47), à Mont-de-Marsan (40), à Pau (64) et à La Réole (33).

Cela semble aussi être le cas dans les autres départements de la Nouvelle Aquitaine avec les CRIAVS de Limoges et de Poitiers-Niort.

Des centres d'appui spécifiques : les CRIAVS

Pour pallier les difficultés et réticences des CMP à soigner les AVS, le Ministère de la santé a pris l'option à partir de 2006³⁵ de développer des **Centres ressources pour les intervenants auprès des AVS (CRIAVS)** et de les régionaliser en 2008³⁶. Actuellement, toutes les régions françaises en sont pourvues et la plupart des CRIAVS adhèrent à la Fédération française des CRIAVS.

L'encadré 1 liste les **missions des CRIAVS**, véritables centres d'appui dans la prise en charge des AVS sur le plan sanitaire mais aussi judiciaire, pénitentiaire, social, etc., les intervenants auprès des AVS étant à prendre au sens large. En pratique, nous avons vu aussi que le CRIAVS Aquitaine était parfois sollicité directement par un AVS, son entourage et même une famille de victime parfois.

Pour aider ces intervenants, les CRIAVS créent et animent une dynamique régionale, en puisant dans les **outils à leur disposition** que sont la documentation, la formation, le conseil, le réseau (réunions ou colloques en commun), etc.

Encadré 1 - Missions des CRIAVS

Développement de réseaux

Favoriser les rencontres en vue de faciliter le suivi des AVS.

Soutien

Soutenir, conseiller et informer pour la prise en charge des AVS.

Formation

Développer et diffuser les connaissances sur les AVS en formation initiale et continue.

Documentation

Mettre à disposition des professionnels la documentation et la littérature traitant le sujet des AVS.

Catalogue en ligne : <http://theseas.reseaudoc.org>

Prévention

Développer la prévention des violences sexuelles en lien avec les acteurs de terrain.

Recherche

Impulser et développer la recherche et la réflexion dans ce domaine.

Orientation

Renseigner et orienter les personnes en obligation ou injonction de soins et leurs familles.

Adolescents AVS

Tenir compte de leurs spécificités pour chaque mission.

Travailler en réseau est toujours enrichissant. Aussi, cela demande aux CRIAVS un **esprit ouvert et créatif**. Par exemple, suivant l'actualité, certains CRIAVS ont pris contact avec l'Education nationale, d'autres avec l'Eglise catholique, afin de faire connaître l'existence et les missions du CRIAVS et cette démarche a pu se concrétiser par l'organisation de formations, de conférences ou par d'autres formes

³⁵ Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

³⁶ Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1 no 2008-264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

de coopérations innovantes. Le mouvement qui sous-tend ces actions est, à notre sens, de conjuguer les efforts de chacun et de lutter ensemble contre le non-dit, véritable fléau en matière de prévention.

Les CRIAVS n'ont **pas vocation de soin direct**, ils aident et conseillent les intervenants qui sont en première ligne. Cependant les circulaires de 2006 et de 2008 parlent aussi d'une intervention possible concernant les « **cas complexes** » sans toutefois définir ce que c'est, ni préciser s'il s'agit d'une simple évaluation d'un patient à la demande d'un soignant extérieur ou d'un véritable soin qui serait organisé au sein du CRIAVS. En pratique, les CRIAVS interprètent différemment les circulaires mais il semble peu adapté de proposer des formations sans pratiquer le soin aux AVS en prison et surtout en milieu ouvert.

Comme pour tous les CRIAVS, la question s'est posée aussi pour le CRIAVS Aquitaine. Mais la mutualisation d'emblée des 3 budgets obtenus (CRIAVS, soins en milieu ouvert, soins en milieu fermé) au sein de l'unité ERIOS a permis de trouver rapidement une organisation intéressante (cf. infra).

Les CRIAVS ont une **compétence régionale**. Les professionnels sont ainsi amenés à se déplacer à la demande et sur des distances parfois importantes, entraînant une nuitée ou une journée dépassant facilement les 9h. Par exemple au CRIAVS Aquitaine, les médecins bénéficient d'un ordre de mission annuel pour toute la région mais leur statut ne prévoit pas de récupération pour autant et il est surprenant que le Ministère de la santé ne valorise pas cet exercice territorial étendu, les critères des primes existantes s'avérant trop restrictifs en l'état.

Enfin, la majorité des CRIAVS cotisent à la **Fédération française des CRIAVS**, ce qui permet de s'engager dans d'importants projets nationaux (comme la présente Audition publique, la recherche ELIS, le projet Réseau Ecoute Orientation, etc.) ou internationaux (Congrès international francophone sur l'agression sexuelle prévu à Montpellier en 2019).

Le tableau 2 résume l'organisation des soins pour les AVS en France.

SOINS	-hors détention			-en détention	
-cadre légal du soin	Obligation de soins	Injonction de soins	Demande spontanée	Incitation aux soins	Demande spontanée
-structure de soin	-CMP (psychiatrie générale) -CMP médico-judiciaires (équipes spécialisées) -Psychiatrie et psychologie libérales			Unités sanitaires surtout des prisons « fléchées AICS » -niveau 1 : DSP des UCSA -niveau 2 : SMPR -niveau 3 : UHSA	
-centre d'appui	CRIAVS (régional) avec ses diverses missions				

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Nature des soins et stratégie thérapeutique

Tandis que la loi de 1998 officialise les soins aux AVS, la santé organise dès 2001 une conférence de consensus³⁷ visant à faire le point sur les soins possibles aux AVS. Même si toutes les techniques y sont évoquées, la tradition en France est alors beaucoup axée sur l'approche psychodynamique.

A partir de 2008, des budgets sont alloués pour renforcer les soins aux AVS incarcérés. En revanche, à part le paiement des médecins coordonnateurs, il n'y a toujours pas eu de budget spécifique pour développer les soins en milieu ouvert, le Ministère préférant la création de centres ressources (CRIAVS). Toutefois, par endroit et souvent à moyens constants, des équipes développent et diversifient une offre de soin en milieu ouvert : groupes thérapeutiques, consultations pour les médicaments antihormonaux (possibles depuis les AMM de 2005 et 2007), approches cognitivistes et/ou comportementales (TCC), approche systémique, etc. **L'offre de soin ainsi diversifiée permet alors d'élaborer une stratégie thérapeutique**, adaptée à chaque AVS (à leurs besoins) et tenant compte de l'état des connaissances scientifiques dans le domaine. Même au sein de ces équipes spécifiques, une évaluation structurée du risque de récurrence ne semble toutefois pas très répandue.

A noter que la **nature des soins** proposés dépend de l'état clinique du patient AVS et des connaissances scientifiques. Elle **ne dépend pas du cadre légal** dans lequel ce soin s'inscrit, ce qui est logique et qui respecte l'indépendance professionnelle des soignants.

Des débats entre soignants existent, ils portent sur la nature des soins et sont liés aux différents courants théoriques. Il existe aussi un débat quant à l'**objectif des soins** aux AVS : juste soulager la souffrance ou, aussi, prévenir la récurrence ?

Schématiquement, on peut résumer ainsi la nature des soins : certains soignants s'intéressent au « **Pourquoi ?** » et s'appuient alors sur l'approche psychodynamique et d'autres soignants s'intéressent au « **Comment ?** » et s'appuient alors sur les approches TCC et/ou médicamenteuses. Ces deux modalités peuvent bien sûr être complémentaires.

Les soignants ayant une indépendance professionnelle sont libres de prodiguer les soins qu'ils pensent adaptés au patient qu'ils sont amenés à soigner, avec son consentement. Cependant, cette latitude doit logiquement respecter les **recommandations professionnelles**, elles-mêmes issues de l'état des connaissances scientifiques, et les soignants ont une obligation de moyens.

La Haute autorité de santé a, par exemple, publié des recommandations en 2010³⁸ mais il n'est pas sûr qu'elles soient intégrées et maîtrisées par l'ensemble des CRIAVS (dans les formations qu'ils proposent par exemple) et il n'est pas sûr que les AVS volontaires aient accès au traitement anti-hormonal et/ou à des groupes thérapeutiques dans chacun des départements français, en milieu ouvert et en milieu fermé.

³⁷ Fédération française de psychiatrie, ANAES et DGS : « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », Conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001, Edition John Libbey Eurotext.

³⁸ HAS, Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans - Recommandations, juillet 2009.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux AVS, il semble pertinent d'envisager un **cahier des charges**, tenant compte notamment de cet aspect, pour les CRIAVS et tout projet d'unité de soin pour AVS.

Le débat récurrent sur la « castration chimique »

Ces derniers mois, plusieurs affaires dramatiques ont relancé chez les politiques le débat sur la « castration chimique », sans que l'on comprenne d'ailleurs s'ils voulaient la rendre « systématique » pour tous les AVS ou « obligatoire » pour certains AVS.

Nous ne pouvons d'abord que nous associer à la souffrance des familles des victimes et les assurer de notre profond respect.

Pour rendre un médicament obligatoire, c'est-à-dire sans tenir compte du consentement du patient, il faudrait inventer un nouveau métier : à la fois médecin pour pouvoir prescrire un médicament (après avoir examiné la personne, fait un bilan médical, etc. et comment fait-on si le patient refuse déjà cela ?) et à la fois non-médecin car l'inscription obligatoire à l'Ordre des médecins nous oblige à respecter la déontologie médicale (déclinée dans le Code de la santé publique). Ce métier n'existe pas et, pour tout dire, on ne voit pas bien comment il pourrait exister dans une société démocratique.

En revanche, plutôt que de faire de l'ingérence dans le domaine de la santé au risque de dire des contre-vérités, les politiques, et les autorités concernées, devraient veiller à ce que le traitement anti-hormonal soit accessible sur l'ensemble du territoire en termes à la fois d'offre de soin et de compétence (formations, consultations psychiatriques dédiées, observatoire national de cette prescription à des fins de recherche). Cela permettra, déjà et enfin, d'informer les personnes concernées et de soigner les personnes volontaires. Il s'agit là d'un élément-clé de la prévention des violences sexuelles et c'est le rôle, noble et constructif, des politiques que de porter cela.

Description de l'organisation de l'offre de soin à ERIOS

La mutualisation d'emblée des 3 budgets obtenus (CRIAVS, soins en milieu ouvert, soins en milieu fermé) au sein de l'unité ERIOS à Bordeaux a permis de trouver une organisation intéressante. Avec le temps, s'esquisse en effet un **véritable parcours de soin** pour les AVS : ils peuvent être rencontrés avant jugement (en contrôle judiciaire en milieu ouvert ou en détention provisoire à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan où ERIOS intervient), après jugement (peine en milieu ouvert ou peine au centre de détention de Mauzac, fléché AICS, où ERIOS intervient également), après leur peine de prison (retour en milieu ouvert) et, enfin, au-delà de leur peine s'ils souhaitent poursuivre les soins (soins spontanés).

Le **projet de soin en milieu ouvert** est personnalisé et débute par une **évaluation clinique en binôme pluri-disciplinaire** (intégrant progressivement des outils d'évaluation structurée du risque). Une offre de soins personnalisée est ensuite déterminée à l'occasion du retour de cette évaluation en **réunion d'équipe pluri-disciplinaire** hebdomadaire. Elle tient compte du profil clinique identifié :

- soit orientation vers un soignant libéral, un sexologue ou un CMP (patient présentant un trouble psychiatrique avéré ou une problématique très circonscrite),
- soit prise en charge à la fois à ERIOS et à l'extérieur (ce qui rassure souvent le professionnel extérieur et qui permet de poursuivre l'évaluation du patient),

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- soit prise en charge uniquement à ERIOS (AVS récidivistes malgré les soins, nombre important de victimes, utilisation d'une arme, modus operandi très rôdé, etc.).

Cette **organisation en 3 niveaux de prise en charge** est rendue nécessaire par le faible budget alloué aux soins en milieu ouvert et qui ne permet pas de suivre tous les AVS du département et encore moins de toute la région. A titre d'information, on compte en Gironde 260 AVS (**90%**) en milieu ouvert pour 30 AVS (10%) incarcérés³⁹.

L'organisation en 3 niveaux de prise en charge conserve toutefois une certaine souplesse et, surtout, est capable de s'adapter rapidement à l'évolution clinique favorable ou défavorable de l'AVS pris en charge. La longueur de certains suivis (peine de plusieurs années) conduit aussi à envisager une prise en charge évolutive et dynamique, à l'écoute des besoins du patient, besoins qui fluctuent avec le temps et les aléas de la vie notamment.

C'est aussi pourquoi les **soins délivrés au sein d'ERIOS** tendent à s'organiser en **3 étapes successives** mais dont la chronologie pour un patient peut être revue si besoin :

1. Un **groupe d'accueil**, mélangeant les problématiques, d'une durée de 6 mois normalement et visant à préparer aux soins. Il permet aux patients de se familiariser avec le principe du groupe en privilégiant les supports (**médiateurs**) pour les rassurer et en abordant la **chaîne délictuelle** afin de les rendre acteurs et de leur permettre d'identifier leurs propres faiblesses et forces.
2. Des **soins actifs** :
 - a. centrés surtout sur une **prise en charge groupale par problématique psycho-sexuelle** et à durée indéterminée. Le type d'approche psychothérapeutique est laissé à l'appréciation du binôme d'animateurs et un **bilan individuel** est prévu **au moins une fois par an**.
 - b. S'y ajoute une **information au traitement anti-hormonal** systématique pour les patients ayant commis un acte sur mineur ou ayant récidivé sur adulte ou sur mineur.
 - c. Peuvent s'y greffer (projets à l'étude) des **modules spécifiques** centrés sur des problématiques autres que psycho-sexuelles (gestion des émotions, relaxation, distorsions cognitives, antécédent victimologique et EMDR, entretien motivationnel, etc.) et à durée déterminée sur plusieurs mois.
3. Un **groupe d'accompagnement** ou de post-soins (en projet) se réunissant tous les 3 mois environ. Il vise à maintenir un lien avec les patients qui ont terminé leur suivi obligé et avec les patients toujours contraints mais qui ont bien avancé et pour lesquels les soins actifs deviennent trop lourds. En cas de besoin, ils peuvent appeler la **permanence d'ERIOS** et une passerelle avec l'étape précédente peut s'organiser facilement. Ce groupe d'accompagnement pourra sans doute s'articuler facilement avec des dispositifs de justice restaurative comme les Cercles de soutien et de responsabilités ou les rencontres auteurs-victimes (voir *société civile*).

27

Cette organisation à ERIOS est très utilement complétée par une **permanence**, téléphonique et physique, aux heures et jours ouvrables, afin qu'un patient en difficulté puisse contacter rapidement un clinicien (psychologue, paramédical). La pratique nous indique qu'il y a 3 types de réponses apportées dans ce cas-là : résolution au téléphone (par exemple, l'AVS est invité à se rapprocher d'un de ses proches, personne ressource au courant de sa problématique, afin de ne pas rester seul), proposition d'un entretien le jour-même à ERIOS (si possible avec son thérapeute sinon avec le soignant de permanence), hospitalisation (libre) en urgence.

³⁹ Source DISP de Bordeaux, au 1^{er} janvier 2018.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Enfin, quatre autres projets viendront prochainement compléter le dispositif à ERIOS :

- un **accueil de l'entourage des AVS** : souvent perturbé lors de la découverte et souvent démuné de devoir vivre auprès d'un AVS, l'entourage trouvera ici un étayage basé surtout sur le soutien et l'approche systémique.
- une **approche sexologique** : même si la conférence de consensus de 2001 avait tendance à nous expliquer que la violence sexuelle ne relevait pas d'une problématique psycho-sexuelle, les besoins identifiés chez les AVS relèvent parfois bien d'une prise en charge sexologique.
- une **coopération avec la victimologie** (unité CASPERTT⁴⁰) afin d'animer des actions communes, d'envisager des rencontres condamnés-victimes (justice restaurative), de proposer une prise en charge EMDR aux AVS ayant un antécédent de trauma psychique, etc. Une telle coopération nécessite une certaine gymnastique intellectuelle et permettra de développer une dynamique territoriale de prévention des violences faites aux personnes.
- une **cellule de debriefing des récidives** : à l'image des analyses approfondies des causes en cas d'événement indésirable, cette cellule étudiera le parcours de soins d'un AVS ayant malheureusement récidivé au cours de la prise en charge. Il s'agit à la fois d'une démarche qualité d'amélioration des pratiques avec préconisation d'actions d'amélioration et d'une adaptation de la stratégie thérapeutique si besoin.

Les dispositifs impliquant les forces de l'ordre

Il existe des dispositifs de lutte contre la pédophilie organisés par les forces de l'ordre, que ce soit au stade d'enquête ou au stade de surveillance.

La lutte contre la pédophilie sur Internet

L'utilisation d'Internet à des fins illégales, ou cybercriminalité, existe dans des domaines très divers et la pédophilie n'est pas la dernière de ces activités illégales souvent lucratives. C'est l'opération « Ados 33 », réalisée en 1998 par la Gendarmerie de Bordeaux, qui inaugure le genre d'enquête conduisant à des coups de filet dans les réseaux pédophiles. Mais 15 ans après, le phénomène est toujours important comme l'a illustré l'ONG Terre des hommes qui, en 2013, crée et met en ligne une fillette virtuelle. En seulement deux mois, elle attirera près de 20.000 connexions et permettra d'identifier 1.000 internautes fortement suspectés de pédophilie.

Actuellement, les moyens de lutte contre la pédophilie sur Internet comprennent la possibilité qu'ont les internautes à signaler les sites pédopornographiques via le Point de contact⁴¹, le Ministère de l'Intérieur⁴² ou INHOPE⁴³. Il y a également la traque (analyses systématiques des disques durs même effacés, surveillances de forums et de chat, cyber-patrouilles à la recherche de sites interdits, cyber-infiltrations) réalisée par les services spécialisés de police et de gendarmerie qui, contrairement aux ONG militantes, veillent à ne rassembler que les preuves exploitables et recevables par un tribunal. Ce qui signifie, concrètement, qu'il est essentiel que l'agent cyber-infiltré n'ait pas incité l'internaute à la faute pour pouvoir le confondre officiellement. Enfin, une coopération internationale, avec Europol et

⁴⁰ Centre d'Accueil SPÉcialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes psychiques, Pôle A du CH de Cadillac (33).

⁴¹ Créé par l'Association des fournisseurs d'accès et de services Internet (AFA) : <http://www.pointdecontact.net>

⁴² <https://www.internet-signalement.gouv.fr>.

⁴³ Association internationale de hotlines Internet, INHOPE, réseau international pour un internet plus sûr, soutenu par la Communauté européenne : <http://www.inhope.org>

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Interpol, est souvent nécessaire pour être efficace contre une criminalité traversant facilement les frontières.

Le dispositif Alerte enlèvement

Alerte enlèvement est né Outre-Atlantique et consiste en la diffusion à grande échelle d'une situation d'enlèvement d'enfant afin d'obtenir très rapidement le témoignage de citoyens ainsi alertés. Le processus implique plusieurs intervenants à différents niveaux : c'est le Procureur de la République qui, informé d'une disparition d'enfant par les services d'enquête sur le terrain, décide du déclenchement d'Alerte enlèvement, après accord des parents du mineur et en informant le Ministère de la justice. Saisis, les services centraux de la Police nationale et de la Gendarmerie nationale lancent alors l'alerte auprès des organes de diffusion (médias, espaces publics, zones de transport, réseaux sociaux, etc.) afin que tout citoyen, potentiellement témoin ou détenteur d'une information clé, puisse en faire part aux autorités. Depuis sa mise en place en France en février 2006, il a été déclenché plus d'une vingtaine de fois permettant très souvent de retrouver l'enfant disparu et d'interpeller son ravisseur.

Les fichiers

En plus du **casier judiciaire**, dans lequel toute condamnation définitive, sexuelle ou non, est inscrite, un fichage spécifique des AVS, de manière informatisée et automatisée, s'est organisé en France durant la fin des années 90 et le début des années 2000.

Ont ainsi été créés le Fichier national automatisé des empreintes génétiques (**FNAEG**) qui enregistre le profil génétique des AVS et qui est couplé à un système de conservation des prélèvements biologiques, et le Fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJ AIS) qui tient à jour des données comme l'état civil et, surtout, la domiciliation des AVS.

Ces deux fichiers, spécifiques aux AVS à leur origine, ont suivi les évolutions législatives. Le FNAEG, créé par la loi du 17 juin 1998, a ainsi été élargi aux personnes mises en cause pour la plupart des atteintes aux personnes ou aux biens tandis que le FIJ AIS, créé par la loi du 9 mars 2004, a été étendu à certains auteurs de crimes et délits violents par la loi du 12 décembre 2005, devenant **FIJ AISV**. Enfin, l'article 9 de la loi du 10 mars 2010 crée le RDCPJ (répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires) qui a pour but de faciliter l'évaluation de la dangerosité des personnes poursuivies.

Il ne s'agit pas à proprement parler de fichiers de police ou de gendarmerie mais de fichiers Justice-Police puisque c'est le Ministère de la justice qui en a la responsabilité et le contrôle tandis que le Ministère de l'intérieur les met en œuvre et les gère.

Enfin, il existe d'autres fichiers de police et/ou de gendarmerie, non spécifiques aux AVS : STIC, JUDEX, FAED (empreintes digitales), SALVAC, ANACRIM, etc.

Contrairement à d'autres pays, il n'existe **pas de notification à la population** française concernant la libération des AVS, leur lieu de vie, etc. Si les jugements en France sont publics, car rendus au nom du Peuple français, ces fichiers sont utilisés par les forces de police et la Justice et ne sont pas communiqués au public. Il existe cependant quelques notifications, prévues par la loi, très encadrées et restrictives notamment en ce qui concerne les destinataires (victime, maire de commune, chef d'établissement scolaire, médecin, etc.).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Les fichiers ne sont faits pour permettre une surveillance accrue et permanente des personnes inscrites mais pour les **identifier rapidement en cas d'enquête** et pour les **écarter de fonctions professionnelles**⁴⁴ (milieu du sport, milieu scolaire) qui pourraient les exposer à réitérer leurs infractions.

Articulations santé et forces de l'ordre

Dans le domaine des AVS, il n'est pas prévu d'articulation particulière entre santé et forces de l'ordre, la santé intervenant en général après la condamnation et à distance de l'enquête. Nous présentons alors quelques anecdotes ou situations rencontrées dans la pratique :

- Dans le cadre du CRIAVS, il est possible et très intéressant de rencontrer les professionnels de la police et de la gendarmerie qui traitent par exemple de la cyber-criminalité ou qui auditionnent les mineurs victimes (salle Mélanie). Des interventions communes en formation ou en conférence enrichissent souvent les échanges.
- Un collègue, en charge du patient, et moi, en tant que responsable d'unité, avons été convoqués par la police au sujet d'un patient qui aurait récidivé. Certes, nous ne pouvons que répondre à la convocation mais devons opposer le secret médical. Ce secret médical est sans doute bien connu du juge d'instruction qui, en revanche, semblait totalement ignorer l'existence-même du médecin coordonnateur, qui lui n'est pas soignant pour ce patient et n'est donc peut-être pas soumis au même secret. Quoiqu'il en soit, ce type de démarche, si elle se systématisait, ne peut pas faciliter les vocations de soignants auprès des AVS.
- Probablement dans le cadre d'une enquête, la police nous a contactés pour lui communiquer le nom de tous les patients d'ERIOS qui n'étaient pas connus par la Justice. Nous avons bien entendu opposé le secret médical.
- Dans la situation particulière où un patient nous fait un aveu ou nous laisse à penser qu'un mineur est en danger, nous envisageons de procéder à un signalement au Parquet. Avant cela, nous invitons le patient à faire la démarche de lui-même afin de le rendre acteur de sa trajectoire. Les services d'enquête et le Parquet sont alors très surpris et il arrive parfois que l'AVS soit obligé d'insister ou de revenir pour être entendu. La situation serait presque cocasse, s'il n'y avait pas un risque pour un mineur. Avec le développement des soins aux AVS, des situations jusque-là assez inédites risquent fort d'augmenter et nécessiteront alors de réfléchir à une amélioration des pratiques.

30

Les interventions de la société civile

La société civile (au sens de la « communauté » des anglosaxons) réagit et s'investit dans les problèmes de société à partir du moment où elle se sent concernée. C'est le cas des auteurs d'infractions en général et des AVS en particulier.

Les actions de la société civile sont de diverses natures, elles sont parfois spécifiques aux AVS parfois plus larges, elles ont une portée loco-régionale, plutôt nationale ou même internationale pour certaines.

Les actions présentées ici ne sont sans doute pas exhaustives.

⁴⁴ LOI n° 2016-457 du 14 avril 2016 relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Actions de réinsertion

On connaît déjà tout l'intérêt du réseau **d'aide à la réinsertion et à la réhabilitation** pour les personnes en difficulté. Pour les personnes détenues, il intervient soit pendant la détention, soit après la libération.

Les acteurs de ce réseau appartiennent soit au secteur public soit, le plus souvent, au monde associatif (associations d'insertion, entreprises intermédiaires, organismes de formation, etc.).

Leur action porte sur l'hébergement, le logement, le travail, la formation, l'éducation, l'accès aux droits sociaux, l'accès aux soins, etc. et est souvent complémentaire aux champs de la santé et de la justice qui ne disposent pas de toutes ces ressources et prérogatives.

Par exemple, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) gérés, la plupart du temps, par des associations ou des organisations humanitaires, hébergent des personnes en situation précaire et leur proposent un accompagnement social ou éducatif, des actions d'insertion et de réinsertion professionnelle, voire des activités culturelles ou de loisir.

Souvent les AVS se retrouvent **très isolés à leur libération**, conséquence de la nature sexuelle des infractions et de la durée de la peine d'emprisonnement. Absence de logement, rupture familiale, sociale et professionnelle sont souvent des enjeux de la préparation à la libération. Avec la psychiatrie publique organisée en secteur géographique en fonction du lieu de résidence, l'absence de logement peut même gêner la mise en place des soins pénalement ordonnés (obligation et injonction de soins). Cela constitue un argument supplémentaire pour le développement d'équipes spécifiques de soins aux AVS qui sont intersectorielles.

Le travail de réinsertion n'est pas spécifique aux AVS et les acteurs du réseau ne cherchent d'ailleurs pas à connaître le motif d'incarcération. Si un bénéficiaire leur en parle, ils sont dans une écoute neutre et bienveillante mais ne cherchent pas à en savoir plus et recentrent leur action sur les objectifs de l'accompagnement.

Cependant, il est plus difficile de trouver un hébergement au sein d'une structure collective pour les AVS que pour d'autres délinquants. Les évolutions législatives et réglementaires concernant les AVS (voir *juridique* et *judiciaire*) ont généré des mesures forcément visibles de l'extérieur (comme le PSEM) et également une certaine stigmatisation des AVS dans la société. L'ensemble conduit à des inquiétudes, des résistances et parfois à des rejets de la part des partenaires du champ éducatif.

Actions de sensibilisation et de prévention

Certaines démarches proviennent de membres de la société civile, sont organisées au sein d'une association et constituent autant d'actions innovantes de sensibilisation et de prévention contre la violence sexuelle.

Ce fait est connu pour les nombreuses associations de victimes ou d'aide aux victimes et il l'est moins pour des associations souvent plus récentes et qui prennent en compte dans leurs démarches l'auteur, réel ou potentiel, de violences sexuelles. Elles ont en commun le fait de lutter contre les tabous et le non-dit qui entourent souvent la violence sexuelle et contribuent ainsi à la prévention. Elles utilisent souvent les nouvelles technologies pour se faire connaître.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Nous décrivons plusieurs d'entre elles (liste non exhaustive) :

- **L'Association Une Vie**⁴⁵ a été fondée en 2017 par Sébastien Brochot et a pour objet la promotion du respect entre les êtres et l'épanouissement de l'individu et du collectif.

Elle porte notamment **Pedohelp**[®] qui est un projet international d'information et de prévention sur la pédophilie⁴⁶, prévu de 2015 à 2020. Les deux premières années ont été consacrées à la création du « kit de prévention » tandis que la deuxième partie du projet consistera en sa diffusion à grande échelle, dans les pays francophones puis dans les autres pays au fur et à mesure de sa traduction, complétée par des rencontres sur le terrain avec distribution gratuite du kit. Le kit de prévention, déjà disponible en français et en anglais, comporte différents outils gratuits (deux sites internet, un livre illustré, trois guides, un fascicule et deux affiches) qui servent à informer et à sensibiliser enfants, parents, professionnels concernés, etc.

La devise de Pedohelp[®] est : « Plus il y aura de gens informés, moins il y aura de victimes ». Sébastien Brochot, président de l'association, parle « d'approche pro-active » ou « prévention active ».

- **L'association l'Ange bleu**⁴⁷ a été créée en 1998 par Latifa Bennari et organise un réseau d'écoute destiné aux pédophiles, partant du principe qu'il n'y avait pas de structure d'écoute ou d'accompagnement pour ces personnes qui souffrent généralement de leur propre situation. Sa devise est « Ensemble faisons parler le silence ».

Une ligne téléphonique ainsi qu'un e-mail permettent à tous ceux qui se sentent concernés de prendre contact avec l'association. Plusieurs fois par an, l'association réunit AVS et victimes de violences sexuelles au sein d'un groupe de paroles, afin qu'ils prennent conscience de la souffrance des victimes.

L'association met en avant la différence entre les « pédophiles abstinents » (qui ne sont jamais passés à l'acte sur des enfants) et les pédosexuels (qui sont déjà passés à l'acte).

L'action de Latifa Bennari est régulièrement médiatisée et l'association a aussi pour but de sensibiliser l'opinion publique et les politiques sur le nécessaire accompagnement de ces personnes afin de prévenir tout passage à l'acte.

- **L'association Colosse aux pieds d'argile**⁴⁸ a été créée en 2013 par Sébastien Boueilh Elle a pour mission la prévention, la sensibilisation et la formation aux risques pédophiles surtout en milieu sportif.

Elle sensibilise les enfants, aide et accompagne les victimes. Elle sensibilise et forme également les adultes, professionnels ou bénévoles, amenés à encadrer des enfants (entraîneurs, éducateurs, animateurs, dirigeants, parents et accompagnateurs bénévoles, etc.) notamment sur les situations qui pourraient être mal interprétées.

Son action s'appuie notamment sur le « Pack Colosse » qui est distribué gratuitement et qui est disponible sur internet. Il comprend : la charte école de sport, les consignes et le guide des Colosses

⁴⁵ Site : <https://1vie.org/>

⁴⁶ Site : <https://pedo.help/fr/accueil/>

⁴⁷ Site : <http://ange-bleu.com/fr>

⁴⁸ Site : <http://www.colosseauxpiedsdargile.org/>

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

pour les enfants, le protocole éducateur, la procédure de signalement, le sticker Colosse, la convention des Colosses.

L'association sensibilise également les différentes fédérations sportives.

A côté de ces associations créées par des membres de la société civile, on peut également évoquer :

- les **témoignages de personnes victimes**, parfois très connues, qui ont été abusées durant leur enfance. Ils peuvent constituer des supports très intéressants non seulement pour sensibiliser les citoyens sur les risques pédophiles dans la société et lutter contre le non-dit mais aussi pour travailler la douleur des victimes au cours du soin avec les AVS. Le documentaire⁴⁹ « L'École en bateau, l'enfance sabordée » réalisé par Laurent Esnault et Réjane Varrod en 2013 en est un bel exemple.
- les efforts et réflexions menés par l'**Eglise catholique** suite à différents scandales en son sein et notamment les travaux de la Conférence des évêques de France (brochure, site internet⁵⁰, cellule d'écoute pour les victimes, sensibilisation au signalement judiciaire, etc.).

Mesures de Justice restaurative

De manière assez récente, apparaît une autre forme d'engagement possible pour les membres de la société civile : la Justice restaurative (JR). Abordée dans la Conférence de consensus sur la prévention de la récidive⁵¹ de 2013, la Justice restaurative est inscrite dans la loi française depuis l'été 2014⁵².

La loi dispose en effet que les victimes et les auteurs d'infractions pénales peuvent se voir proposer, « à l'occasion de toutes procédures pénales et à tous les stades de la procédure, y compris lors de l'exécution de la peine », une mesure de Justice restaurative.

Il s'agit de « toute mesure permettant à une victime ainsi qu'à l'auteur d'une infraction de participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission. Cette mesure ne peut intervenir qu'après que la victime et l'auteur de l'infraction ont reçu une information complète à son sujet et ont consenti expressément à y participer. Elle est mise en œuvre par un tiers indépendant formé à cet effet, sous le contrôle de l'autorité judiciaire ou, à la demande de celle-ci, de l'administration pénitentiaire. Elle est confidentielle, sauf accord contraire des parties et excepté les cas où un intérêt supérieur lié à la nécessité de prévenir ou de réprimer des infractions justifie que des informations relatives au déroulement de la mesure soient portées à la connaissance du procureur de la République. » (art. 10-1 du CPP).

En mars 2017, une circulaire⁵³ est venue préciser les modalités d'application.

Les mesures de JR méritent d'être soulignées dans ce rapport afin qu'elles soient connues et soutenues par les professionnels du soin aussi. Il s'agit de favoriser le développement en France de prises en

⁴⁹ <http://tamtamsoie.net/ecole-en-bateau-lenfance-sabordee-le-15-avril-sur-france-5/>

⁵⁰ <https://luttercontrelapedophilie.catholique.fr/>

⁵¹ Ministère de la justice.

⁵² Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

⁵³ Circulaire du Ministère de la justice du 15 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la Justice restaurative.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

charge innovantes, complémentaires à l'existant et qui ont fait leurs preuves Outre-Atlantique et dans des pays européens limitrophes.

C'est aussi l'occasion de valoriser le travail de SPIP et de leurs partenaires qui se lancent dans les Cercles de soutien et de responsabilité (mesures de JR spécifiques aux AVS) comme à Dax et à Orléans, ou dans les Rencontres auteurs-victimes (mesures non spécifiques aux AVS) dans de nombreuses autres villes.

Les Rencontres auteurs-victimes

Le principe est de faire se rencontrer plusieurs auteurs et plusieurs victimes, tous volontaires. Auteurs et victimes ne se connaissent pas mais ils sont concernés par le même type d'infraction (de nature sexuelle ou non). Ces rencontres ont lieu après une longue préparation en individuel tant du côté des victimes que du côté des auteurs. Les rencontres se font en présence de tiers et de témoins de la société civile, qui animent et régulent les séances.

Les témoignages positifs des personnes qui en ont bénéficié sont nombreux. Côté auteur, c'est souvent une prise de conscience de la réelle douleur que vit la victime du fait d'une agression et une volonté de réparer. Côté victime, c'est souvent un soulagement de constater que l'auteur est finalement un être humain capable de percevoir la douleur qu'il a pu engendrer et un début de pardon.

Ces rencontres peuvent se faire en détention, on parle alors de rencontres détenus-victimes, et en milieu ouvert, on parle alors de rencontres condamnés-victimes.

C'est dans la maison centrale de Poissy en 2010 que se tiennent les toutes premières rencontres détenus-victimes, avec le concours de l'INAVEM⁵⁴, du SPIP des Yvelines et de juristes universitaires et chercheurs. Actuellement, beaucoup de SPIP s'y intéressent et en développent un peu partout en France.

Les Cercles de soutien et de responsabilité

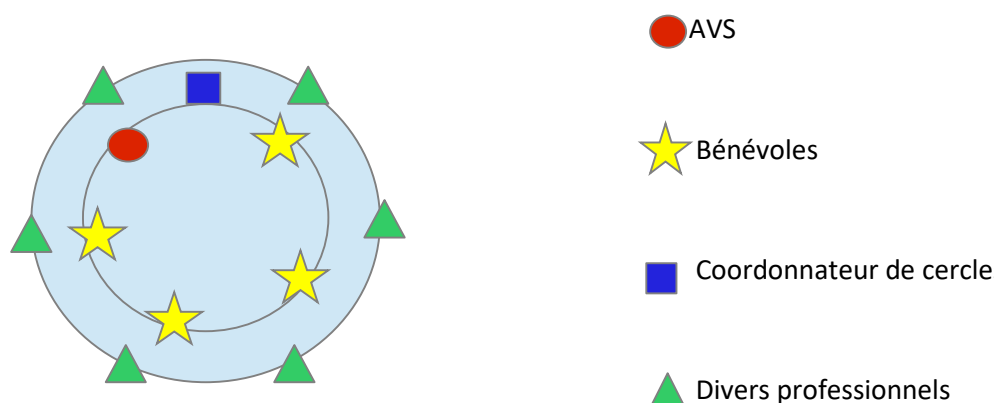
Les Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) sont spécifiques aux AVS. La victime n'est pas présente physiquement mais elle est omniprésente symboliquement car l'objectif d'un CSR est « plus aucune victime ! ». C'est l'objectif commun à tous les intervenants du CSR, AVS compris. La circulaire du ministère de la justice du 15 mars 2017 inscrit bien les CSR dans les mesures de justice restaurative et cela est aussi le cas au Canada.

Un CSR (voir le graphique 1) est composé d'un **cercle interne** qui réunit un AVS sur mineur (qui est isolé socialement (en sortant de prison par exemple) et qui présente un risque élevé de récidive) et 3 à 6 bénévoles (préalablement formés, provenant idéalement d'horizons et de milieux sociaux et professionnels variés). L'AVS et les bénévoles, qui sont tous volontaires pour un CSR, se rencontrent une fois par semaine. Ces rencontres portent sur les problèmes ou les réussites du quotidien de l'AVS (soutien) ainsi que sur les situations à risque dans lesquelles il peut se retrouver (responsabilisation).

⁵⁴ Devenue depuis France victimes : <http://www.france-victimes.fr/index.php>

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge



Graphique 1

Autour de ce cercle interne, gravite un **cercle externe** composé d'un coordonnateur de cercles (CC) et de divers professionnels. Le CC est rémunéré pour plusieurs CSR, c'est un professionnel ayant de l'expérience dans l'intervention auprès des AVS. Il veille au bon fonctionnement du cercle interne, auquel il peut assister. C'est lui qui recrute, forme et supervise les bénévoles. Il gère également les relations entre le cercle interne et les divers professionnels du cercle externe (services de probation, de police et de soins, aides au logement et à l'emploi., etc.).

L'objectif commun à tous est : « **plus aucune victime !** ».

Pour atteindre cet objectif, le CSR utilise deux règles absolues : « **pas de secret !** » au sein du cercle interne (ce qui permet la responsabilisation) et « **personne n'est jetable !** » (ce qui permet le soutien). Soutien et responsabilisation sont complémentaires et indissociables l'un de l'autre, aucun des deux ne doit être privilégié.

Le **soutien** des bénévoles fournit au membre principal un environnement stable et informel s'apparentant davantage à un réseau social qu'à une relation professionnelle. La présence régulière des bénévoles permet également de diminuer l'isolement et le sentiment de solitude de l'AVS, facteurs de risque de la récidive.

Parallèlement au soutien, les bénévoles ont pour rôle d'inciter l'AVS à se comporter de façon **responsable**. Ils peuvent donc être amenés à le confronter lorsqu'il minimise ses comportements délictuels ou à remettre en question ses attitudes et comportements surtout s'ils sont à risque. Les bénévoles fournissent donc une surveillance complémentaire, étant toujours soutenus par le CC et par les divers professionnels du cercle externe.

Un CSR est mis en place pour un an et peut-être reconduit avec l'accord de chacun.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Les résultats en termes de diminution de la récidive sont particulièrement intéressants au Canada, ce qui a conduit une mission parlementaire française en 2012 à recommander l'expérimentation des CSR en France⁵⁵.

Les CSR sont nés au Canada en 1994 et ont été implantés au Royaume-Uni en 2002, aux Pays-Bas en 2009 puis dans d'autres pays européens notamment grâce à deux projets européens financés par la Communauté européenne.

Durant 2 ans, ERIOS-CRIAVS Aquitaine a été le partenaire français du (deuxième) projet européen, Circles4EU, et ce travail en coopération avec 8 autres pays a abouti à la traduction du Guide européen des CSR en langue française⁵⁶ et au rapport d'étude pour l'implantation de CSR en France⁵⁷. Les conclusions sont que des CSR sont possibles en France sous réserve de respecter la méthodologie et les standards.

Il est vrai que le CSR apparait tout à fait complémentaire aux prises en charge pénitentiaire et sanitaire déjà existante en France.

Fin 2012, début 2013, le SPIP des Yvelines lance un dispositif expérimental. En réalité, il ne s'agit pas vraiment de CSR puisqu'il n'est pas destiné à des AVS (alors que l'efficacité reconnue des CSR concerne uniquement les AVS) et que la coordination du cercle est réalisée par deux CPIP (le CPIP travaillant sous mandat judiciaire, cela pose question puisque le CSR n'est pas une peine et, aussi, la fin du mandat interromprait alors le CSR). On ne peut cependant que se féliciter de l'initiative du SPIP des Yvelines qui pourrait, à terme, évoluer vers de véritables CSR et s'enrichir de la méthodologie préconisée par les pays européens afin de réduire les risques d'écueils ou d'échecs.

Actuellement, plusieurs SPIP sont en passe de lancer des CSR, c'est le cas du SPIP du Loiret (Orléans) et des Landes (Dax).

La place précise des SPIP et le statut-même du CPIP dans une mesure de JR comme les CSR ne sont pas sans questionnement et font débat même au sein de l'Administration pénitentiaire.

Le cadre, posé par la loi d'août 2014 et précisé par le décret de mars 2017, est quelque peu ambigu mais il était sans doute nécessaire dans un premier temps pour pouvoir lancer ce grand mouvement.

A noter que les CRIAVS constituent des structures tout à fait adéquates pour favoriser le développement de projets transversaux Santé-Justice-Social, comme celui des CSR, tant dans la collectivité (cercle interne) qu'auprès des intervenants auprès des AVS (cercle externe). Les missions des CRIAVS se superposent grandement à celles requises pour accompagner localement des projets-pilotes et pour centraliser des données régionales à des fins de recherche par exemple. Les personnes concernées par un CSR sont les intervenants auprès des AVS, c'est-à-dire le public-cible des CRIAVS.

⁵⁵ Recommandation n°24, E. Blanc, rapport parlementaire d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuelle, déposé le 29 février 2012, dans le cadre d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale.

⁵⁶ M. Chollier et F. Cochez, « Traduction du Guide européen des CSR », Projet Circles4EU (2013-2015), financement Daphné de l'Union européenne.

⁵⁷ F. Cochez et A. Delage, Rapport de recherche : « Etude de faisabilité, étude d'adaptation et plan d'adoption pour l'implantation des CSR en France », 11 janvier 2015, Projet Circles4EU, (2013-2015), financement Daphné de l'Union européenne.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Le fonctionnement en réseaux, en détention et hors détention, permet aussi d'envisager assez facilement une procédure de recrutement des AVS candidats en partenariat avec les SPIP.

A noter que ERIOS-CRIAVS Aquitaine est prévu comme signataire de la convention du SPIP des Landes pour un projet de CSR à Dax.

Conclusion

La violence sexuelle est un problème de société et la lutte ne se résume pas à la médecine et aux soins.

La gestion des AVS en France repose sur de multiples acteurs d'horizons divers, dont les missions sont plutôt bien définies et entre lesquels des articulations sont établies et pourraient encore s'améliorer.

Parfois il manque les outils et très souvent les moyens, ce qui constituent des limites certaines dans la prévention.

Quoiqu'il en soit, on ne peut que se féliciter du chemin parcouru depuis la Loi du 17 juin 1998 et se réjouir du travail qu'il reste à accomplir, en partenariat avec des acteurs motivés.

Nous espérons que ce rapport et les échanges dans le cadre de l'Audition publique contribueront à mieux appréhender le phénomène et apporteront un éclairage pour les décideurs, les financeurs et les nombreux acteurs, au bénéfice de la lutte contre les violences sexuelles.