

Rapport d'expert [23]

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

André CIAVALDINI

Docteur en psychologie clinique et en psychopathologie (HDR), psychanalyste (SPP-IPA), directeur de recherches associé, Laboratoire Psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse, EA 4056, Université Paris Descartes, fondateur et 1er directeur de programme du CRIAVS Rhône-Alpes.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Ciavaldini, A. (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
Liste des abréviations utilisées.....	2
Préambule	3
Introduction.....	3
Prise en charge des sujets majeurs	4
Le champ judiciaire.....	4
Le champ de l'accompagnement social.....	7
Le champ sanitaire	10
La prise en charge des mineurs	20
Le champ judiciaire et d'accompagnement éducatif et social.....	20
Le champ sanitaire	21
Jusqu'où aller ?.....	27
L'AVS au cœur du dispositif de prise en charge	27
Le maillage santé-justice-social : organisation de base d'un environnement pro-sécurité.....	29
Conclusion : un modèle multipartenarial intégré pour la pec des AVS.....	38
Bibliographie.....	39

AUDITION PUBLIQUE

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

Liste des abréviations utilisées

AICS : auteur d'infraction à caractère sexuel
AVS : auteur de violences sexuelles
CMP : centre médico-psychologique
CPAL : comité de probation et d'assistance aux libérés
CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CRIAVS : centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle
DAVS : diagnostic à visée criminologique
IS : injonction de soins
JAP : juge de l'application des peines
MC médecin coordonnateur
OS obligation de soins
PEC : prise en charge
PEP : parcours d'exécution des peines
PFr : plate-forme référentielle
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
PPR : plan de prévention de la récidive
PPSMJ : personne placée sous main de justice
QICPAAS : questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles
RCP : réunion clinique pluridisciplinaire
SME : sursis avec mise à l'épreuve
SMPR : service médico-psychologique régional
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSE : services sociaux éducatifs
SSJ : suivi socio-judiciaire
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
USN 1-2-3 : unité de soin de niveau 1-2-3

AUDITION PUBLIQUE

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

Préambule

Avant de m'engager dans la réponse à la question qui m'a été formulée, je voudrai rappeler deux éléments qui sont liés et nécessaires à mon propos. Le premier est une remarque de Marcel Colin. S'opposant à l'éminent juriste Kornprobst, auteur de « *La responsabilité médicale* » [61] qui écrivait que « nul n'est tenu de se soigner », Marcel Colin répondait, je le cite, « Tout le monde est tenu de se soigner ». Il appuyait cette affirmation d'une triple argumentation empruntée à la dialectique thomiste : « en fonction du respect que l'on doit à soi-même ; en fonction de l'attention accordée à l'entourage ; en fonction de la solidarité qui nous lie aux membres de la communauté » [36].

Le second élément est clinique. L'acte de violence sexuelle est une forme dévoyée d'adaptation qui vise au rétablissement d'un équilibre psychique interne mis en péril par l'émergence d'une tension non négociable psychiquement. La victime est la part externalisée à qui l'auteur adresse sa "prière de traiter" ce qu'il ne peut lui-même faire. Le drame est que la victime se trouve toujours dans l'incapacité de pouvoir répondre à cette requête, d'autant plus qu'il lui est le plus souvent opposé par l'auteur le fait d'être désignée comme étant la source externe de sa tension interne insupportable : « c'est d'elle que vient la tension, à elle de la faire cesser ». Face à une souffrance qui n'est jamais pensée/nommée comme telle par l'auteur, c'est la victime qui se trouve en être le « porte-souffrance ». La victime est cette part du champ social qui porte, en la subissant, la souffrance insue de l'auteur dû à ses incompétences psychiques.

C'est donc du champ social que vient logiquement la demande d'un soin car c'est lui qui éprouve la souffrance de la violence. La demande (du champ social) est alors celle banale que l'on peut entendre chez tous patients : « Que la souffrance cesse et qu'elle ne revienne plus ». Cela nécessite donc, dans la prise en charge de ces sujets, une révision de nos pratiques thérapeutiques puisqu'il faudra, pendant tout un temps travailler à rapatrier la souffrance dans la psyché et le corps de l'auteur afin qu'il puisse se la réapproprier, encore faut-il préciser que nul ne possède la garantie que cela puisse advenir un jour. Ainsi, tant que cet état ne sera pas réalisé, il sera nécessaire de veiller à ce que le sujet ne fuie pas la thérapeutique dont souvent il ne perçoit pas la nécessité. Toute récidive, au décours d'une prise en charge, étant une échappée et une attaque de celle-ci.

On comprend dès lors la nécessité de la phrase de Marcel Colin. C'est sur ces bases que j'ai tenté de répondre à la question qui m'a été posée.

Introduction

La prise en charge des AVS judiciairisés est protéiforme, elle est tenue par plusieurs « contingences ». Comme je viens de le noter dans mon préambule, la demande de soin vient du champ social, car c'est lui qui, au travers de la victime constituée par l'acte de violence comme « porte-souffrance » de l'auteur, souffre des incompétences psychiques de l'agresseur. Dans ce champ, trois types d'institutions vont intervenir dans leurs prises en charge : justice, santé et travailleurs du social. En effet, compte tenu de l'organisation psychique de ces sujets, il est nécessaire que l'on comprenne leurs prises en charge comme une alliance entre ces trois champs pour atteindre à une réelle efficacité de la thérapeutique participant à la réinsertion. Pour autant chacun de ces champs présente un rôle, des modalités et des objectifs qui lui sont propres, soumis à des commandes issues de sa spécificité, de ses/son organismes de tutelle mais aussi de sa déontologie. Objectifs qui peuvent se trouver en contradiction entre eux. Par exemple le soin est-il compatible avec une recherche de prévention de la récidive ou d'atténuation de la dangerosité ?

AUDITION PUBLIQUE

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

Dans la question qui m'est posée, je retiendrai deux points. Le premier est la notion de parcours qui est inscrite dans le « Jusqu'où aller ? ». Le second est le terme « prise en charge ». Le terme dépasse largement la notion de soin, même si ce dernier y participe. En effet, nombre de ces auteurs ne relèvent pas en première intention d'un soin mais d'un accompagnement dont la vertu souhaitée est qu'il soit « thérapeutique ». Ainsi, nous pouvons d'emblée poser que le but d'une prise en charge sanitaire d'un AVS est de permettre à cet auteur d'acquérir les moyens de ne plus faire supporter par un tiers (non professionnel du soin) ses défaillances psychiques. Le soin est alors un des moyens qui se doit d'être mis en œuvre pour y parvenir.

Le plan de cette expertise suivra donc un parcours balisé par la progression de la question. En premier j'indiquerai la place des différents champs qui interviennent dans la prise en charge des AVS. Dans l'imposante masse d'informations du recueil des données, j'ai cherché à ne retenir que celles qui intéressent l'exercice du soin. Cependant, compte tenu de la complexité des articulations entre les champs, cette tâche recérait trop d'aller et retour et de redites. Aussi, peut-être par souci de facilité mais surtout dans une préoccupation de clarté, j'ai choisi de définir pour chaque champ, pour les sujets majeurs puis pour ceux mineurs, comme la question d'une certaine façon y invite, son rôle, ses modalités d'actions et ses objectifs spécifiques. Ensuite m'appuyant sur ma pratique de mise en place de l'un des premiers centres public de traitement des AVS en France [29] au début des années 1990 et dont les pratiques serviront de modèle à l'installation des PFR (plate forme référentielle pour la PEC des AVS) je développerai la notion d'un maillage santé-justice-social qui permettra de comprendre « jusqu'où aller ? » dans l'interpartenariat entre ces trois champs pour que les intentions présentes dans l'esprit de chacun d'eux puissent se réaliser sans qu'elles ne dévoient celles des deux autres. Cela permettra de montrer qu'en France c'est développé un véritable modèle de prise en charge des AVS qui s'inscrit dans l'esprit d'une justice restaurative, qui préserve l'intégrité subjective de l'auteur et qui inclus dans son procès le développement d'un processus désistementiel dont le but *in fine* est de pérenniser une sécurité citoyenne garante des libertés de chacun.

4

Prise en charge des sujets majeurs

Le champ judiciaire

Place du champ judiciaire

Conformément à l'esprit de la loi, trois axes sont présents dans le champ judiciaire [47]. Le premier est punitif c'est là le sens de la peine (sanction d'un acte incriminé) ; le deuxième est sécuritaire, c'est le retrait du sujet du champ social (incarcération) dans un souci de protection de ce dernier. Retrait devant aussi permettre une œuvre de réadaptation qui s'ouvre sur le troisième volet qui est celui de la « régénération morale ». Pour parvenir à cette intention, la loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, introduit le suivi socio judiciaire. Celui-ci consiste en un suivi judiciaire, social et éventuellement médical visant à prévenir la récidive par les délinquants sexuels. Il est prononcé par le tribunal ou la cour en complément ou à la place de la peine privative de liberté. La durée maximum de ce suivi a connu depuis la loi de 98 de nombreux changements¹, Il est au maximum de 10 ans en cas de délit (20 ans sur justification spéciale

¹ Notamment par les lois de 2007 et 2011. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (dite Loppsi 2)

AUDITION PUBLIQUE

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

du tribunal) ; de 20 ans en cas de crime puni de moins de 30 ans de prison ; de 30 ans pour les crimes ayant entraînés une condamnation à plus de 30 ans de réclusion et il est sans limitation de durées lorsque le crime est puni de la perpétuité. En cas de non exécution de cette mesure de contrôle (pour les faits postérieurs au 11 mars 2004), la peine encourue est de 3 ans en cas de délit et 7 ans en cas de crime. Cette peine ne peut entrer dans le cadre des confusions de peines.

Cette mesure de suivi peut donc comporter, sur nécessaire avis expertal, une injonction de soin qui fonctionne alors comme une *obligation de faire* et qui se constitue comme une peine pénale. S'appuyant pour son élaboration sur de nombreux travaux cliniques et sur des commissions ministérielles interprofessionnelles santé-justice de l'époque, le législateur prenait ainsi acte de la grande difficulté, voire de son impossibilité par la simple peine d'emprisonnement, à endiguer la pulsionnalité sexuelle déviante [34] se manifestant dans les récidives. Ainsi, il est apparu nécessaire au législateur de s'allier à un autre champ dont il était espéré qu'il lui fasse recouvrer son efficacité première. La loi, par cette nouvelle pénalité l'alliant aux soins, avouait « la défaillance de [la peine] à pouvoir remplir totalement sa mission de régénération morale du condamné » [25].

Rôle

Le rôle du champ judiciaire est de permettre à l'AVS de rencontrer les champs sanitaire et d'accompagnement social. Le champ judiciaire est donc le champ cadrant et instituant la prise en charge des AVS.

Modalités

L'efficacité de ce champ et ses modalités d'actions reposent sur deux acteurs principaux, le JAP et le médecin coordonnateur. Le premier (en lien avec le tribunal de l'application des peines) décide de la manière dont une peine privative ou restrictive de liberté est exécutée. Pouvant décider d'éventuelles réductions de peine, il oriente et contrôle le parcours de peine des personnes condamnés. Il est aidé dans ses prises de décisions par les données expertales (psychiatriques et psychologiques). Le second, dont le rôle a été créé par la loi de juin 1998, est un auxiliaire administrativo-judiciaire et à ce titre, et dans cette fonction, il est délié du secret professionnel au regard du JAP. Sa fonction d'interface entre sphère de la Justice et de la Santé lui fait protéger l'autonomie du praticien traitant et lui garantit la confidentialité de son exercice. Outre celle d'information du probationnaire sur ce qu'est l'injonction de soins, ses missions sont les suivantes : valider le choix du praticien traitant (praticien qu'il peut récuser s'il ne juge pas sa spécialité suffisamment adaptée) ou l'aider dans son choix ; il dispose des pièces de la procédure, dont les expertises, qu'il peut transmettre, sur sa sollicitation, au praticien traitant, cependant depuis 2012, la transmission de la notification de jugement ayant ordonné l'injonction de soins est obligatoire² ; en cas de difficultés dans le traitement ou de rupture de celui-ci, il est un recours pour le praticien traitant et peut, si nécessaire, en informer le JAP qui prendra toutes décisions nécessaires ; il convoque le probationnaire au moins une fois par trimestre pour réaliser un

² Circulaire du 14 mai 2012 présentant les dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines., in *Bulletin officiel du ministère de la Justice*. n° 2012-05 du 31 mai 2012 – JUSD 122695C, 36 p., p. 3.

AUDITION PUBLIQUE

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

rapport annuel de suivi transmis au JAP ; enfin, il informe, au terme du temps injonctif de soins, de la possibilité du probationnaire à pouvoir poursuivre le traitement de manière libre.

Objectifs

Il est évident que l'objectif princeps du champ judiciaire est sécuritaire. Il s'agit pour lui d'éviter la récidive c'est là plus que sa fonction, son devoir. Cependant, de l'alliance avec le champ sanitaire, et dans le cadre aujourd'hui d'une justice restaurative, il reste que la troisième intention de la loi persiste comme un objectif, celui de la recherche d'une « régénération sociale » qu'il conviendrait aujourd'hui de nommer « citoyenne », devant permettre au sujet de retrouver les voies de la vie en commun, se réinsérer, dans le respect des règles communes de socialité nécessitant donc une éviction de la récidive et une atténuation de la dangerosité. À ces points nul soignant, en tant que citoyen, ne peut y être indifférent, puisque son exercice professionnel repose précisément sur cette dimension de liberté.

Discussion

Depuis sa création, la loi du 17 juin 1998 est sous le coup sensible de nos représentants politiques, eux-mêmes semblant être sous les fourches caudines de l'opinion publique. Ainsi, suite à des affaires défiant cette dernière par leur monstruosité (affaires Michel Fourniret, Francis Évrard, Manuel de la Cruz,...) , jusqu'à affoler la justice dans l'exercice de ses missions (Outreau), l'esprit de la loi de 98 dans sa recherche de moyens de « régénérer citoyennement » le condamné en lui permettant un accès à des soins ouvrant à de meilleures possibilités de réinsertion s'est trouvé progressivement, si ce n'est privé de sa substance, tout du moins fortement amoindrie au profit de mesures de sûreté. Dès lors, l'injonction de soins spécifiquement conçue dans le cadre de prise en charge d'AVS s'est trouvé étendue par les lois de 2005³, 2007⁴, 2010⁵, 2011⁶ à toute violence aggravée. L'injonction de soin deviendrait ainsi une mesure de surveillance comme une autre.

On comprend dès lors que le champ judiciaire reste le meilleur allié de celui sanitaire pour exercer une action soignante avec ces auteurs, à raison pour les soignants d'une vigilance permanente pour que le même champ n'instrumentalise pas (trop) le soin et qu'il devienne alors le pire ennemi du soignant mais aussi, par contre coup, du citoyen puisque vidant de son sens la prise en charge sanitaire pour n'en faire qu'un outil de lutte contre la récidive et non plus un outil favorisant l'insertion qui en la matière devient portion congrue. Bien heureusement la loi de 2014⁷ est venue à temps corriger certaines aberrations des textes précédents et a placé au premier plan la dimension restaurative de la justice, ce qui réinstaura différemment la place de l'injonction de soins.

³ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive et des infractions pénales.

⁴ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

⁵ Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

⁶ Deux lois en 2011 : celle du 14 mars, n° 2011-267, loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure ; et celle du 14 août 2011, étendant les peines planchers aux violences aggravées même commises hors récidives

⁷ Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales a supprimé les peines planchers.

AUDITION PUBLIQUE

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

Le champ de l'accompagnement social

Tout au long de son parcours judiciaire le sujet va être accompagné par des intervenants encadrant le respect nécessaire des obligations, dont celle de soins, qui lui seront faites soit en pré-sentenciel soit en post-sentenciel. Ce sont principalement dans la période pré-sentencielle des associations, sous contrat, ayant mission de *contrôle judiciaire*, soit pour les mineurs la *Protection Judiciaire de la Jeunesse* ; en période post-sentencielle il s'agit du *Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation* dont la mission princeps est la prévention de la récidive au travers d'une aide à l'insertion et d'un contrôle des obligations légales faites au probationnaire.

Rôle

L'accompagnement social est certainement le pilier de la réinsertion et donc constitue la meilleure des protections contre la récidive et cela est particulièrement efficient en ce qui concerne les AVS. Cet accompagnement est conçu, dans les textes (et donc dans l'idéal), comme devant permettre à un sujet d'accéder à une conduite en autonomie de son existence. Accompagnant la personne pendant son parcours d'exécution des peines, il favorise et permet l'accès aux multiples droits communs auxquels peut prétendre la PPSMJ (logement, santé, formation, travail...). Assurer la réinsertion suppose que ce travail commence dès l'entrée du sujet en prison et donc que l'accompagnement commence à ce moment-là malgré la difficulté qu'il peut y avoir, pour un sujet nouvellement incarcéré, de se projeter dans un futur qui peut être lointain. Enfin, il est une nécessité reconnue par tous les acteurs, c'est la continuité de l'accompagnement entre le milieu fermé et celui ouvert.

Cet accompagnement est l'un des éléments clés d'une entrée dans la désistance [21]. Cependant, pour connaître une efficacité, l'accompagnement social doit être « global » et ne pas se contenter des simples accès aux droits communs. « Global » suppose qu'un lien s'établisse avec la PPSMJ, ce qui implique du temps relationnel d'échange.

Ce travail d'accompagnement connaît un chef d'orchestre c'est le service pénitentiaire de probation et d'insertion (SPIP) et des alliances interpartenariales avec les acteurs du champ social qui vont pouvoir soit relayer, soit appuyer les actions proposées par le SPIP.

Malheureusement, les conditions économiques entraînant des carences en personnels provoquent encore trop souvent des sorties sans accompagnement (« sortie sèche ») alors même qu'une des recommandations de la conférence de consensus de 2013 sur la récidive en a proposé « l'interdiction » [38].

Modalités

Depuis son rattachement en 1911 au Ministère de la Justice, l'administration pénitentiaire a une double mission : l'une de surveillance des PPSMJ, l'autre de les aider dans leur réinsertion sociale. Ces deux missions s'exerçaient soit en milieu fermé dans les établissements pénitentiaires par les services sociaux éducatifs (SSE), soit en milieu ouvert (libre) par les comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL). En 1999, conscient de l'intérêt d'une continuité des démarches accompagnantes entre le dedans carcéral et le milieu libre et tout en restant sous la tutelle du ministère de la Justice, ces deux services furent réunis et autonomisés sous le nom de « Service Pénitentiaire d'Insertion et de

AUDITION PUBLIQUE

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

Probation » (SPIP)⁸.

Mission du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) [88]

Le SPIP est un service à compétence départementale. Il intervient à la fois en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes détenues (prévenues ou condamnées) et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites, présentencielles ou postsentencielles.

La mission essentielle du SPIP, sa finalité depuis le décret de 2008⁹, est la prévention de la récidive à travers : l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines ; la prévention de la récidive ; la (ré)insertion des personnes placées sous main de Justice ; le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Missions du Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) [89]

En milieu fermé, en coordination avec le personnel de surveillance et d'encadrement, le CPIP assure le lien entre intérieur et extérieur. Il accompagne les personnes détenues dans le cadre d'un parcours d'exécution des peines. Il aide à la décision judiciaire et à l'individualisation des peines en proposant des mesures d'aménagement de peines au JAP en fonction de la situation du condamné. Il soutient la préparation à la sortie en facilitant l'accès des personnes incarcérées aux dispositifs d'insertion et de droit commun (logement, soins, formations, travail). Par ailleurs, il lutte contre la désocialisation des personnes détenues.

En milieu ouvert le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation intervient dans le cadre d'un mandat judiciaire. Il apporte à l'autorité judiciaire tous les éléments d'évaluation utiles à la préparation et à la mise en œuvre des condamnations. Il aide les personnes condamnées à comprendre la peine. Il impulse avec elles une dynamique de réinsertion. Il s'assure du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives ou privatives de liberté (semi-liberté, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, placement sous surveillance électronique...). Dans le cadre des politiques publiques, il favorise l'accès des personnes placées sous main de justice aux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

Que ce soit en milieu fermé ou ouvert, le travail des SPIP est un travail partenarial qui s'appuie sur la spécificité et le savoir-faire des institutions locales et des associations en matière d'accès aux soins, à l'hébergement, à la formation et à l'emploi (par ex. pôle emploi, Afp) ainsi qu'aux droits des personnes en grande difficulté qui constituent la majorité du public pris en charge [86].

Le réseau des partenaires sociaux qui sont susceptibles d'accompagner les AVS est très large. Il va des services sociaux aux centres de santé en passant par les organismes d'aide au retour à l'emploi, les entreprises, les associations multiples.

Parmi ces partenaires une place particulière revient aux associations qui interviennent en lieu et place des SPIP et qui interviennent auprès de personnes relevant soit d'une mesure judiciaire (mesure de contrôle ou alternative aux poursuites), soit d'une mesure post-sentencielle (en général un

⁸ Décret du 13 avril 1999.

⁹ Circulaire NOR JUSK0840001C n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation

AUDITION PUBLIQUE

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

aménagement de peine). Ces associations ont en général passé un accord conventionnel avec le ministère de la Justice qui peut être assorti de subventions (notamment pour les placements extérieurs).

Pour autant ce travail en partenariat est souvent source de déboires pour la PPSMJ car il n'est pas rare que la population carcérale soit refusée par ces mêmes partenaires [21, p. 34].

Objectifs

Dès sa création, par le décret du 13 avril 1999, cette nouvelle entité s'enorgueillissait de placer le terme d'insertion avant celui de probation. Le développement de cette instance dans le temps, montrera combien dans la réalité des faits, ce but a vite été remis au profit d'un travail de prévention de la récidive et d'évaluation de la dangerosité qui remet au premier plan l'aspect probatoire. En cela, le SPIP ne fait que suivre l'évolution commune des lois qui se sont resserrées autour du sécuritaire¹⁰.

Discussion

Au fil des années, particulièrement depuis le décret de 2008, le rôle du CPIP se resserre sur le travail de prévention de la récidive et de la dangerosité criminologique où sont considérés : les causes du passage à l'acte, les facteurs de risques et le degré d'empathie pour la victime. Pour ce faire les SPIP se sont dotés de nouveaux outils : les groupes de prévention de la récidive inscrits dans les plans de prévention de la récidive (PPR) et le diagnostic à visée criminologique (DAVC). Cette nouvelle orientation laisse dans l'ombre la part nécessaire d'aide sociale. À ce titre, il est intéressant de noter que lors des auditions publiques de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive¹¹ on a pu entendre « la plainte » des personnes condamnées de ne plus rencontrer cette fonction d'accompagnement chez les CPIP qui n'ont plus, ni le temps, ni la formation pour assurer ou proposer un temps d'écoute à ces auteurs, les laissant ainsi de plus en plus en déserrance [64]. Ainsi, la nouvelle orientation des SPIP, en se resserrant sur l'aspect criminologique, joue contre ce pourquoi ce service a été créé à savoir la prévention de la récidive dont on sait aujourd'hui qu'elle s'appuie essentiellement sur la capacité de l'accompagnant à être dans une relation empathique et soutenue avec la PPSMJ. Par ailleurs, il serait hautement souhaitable que les actions des SPIP puissent se faire en relation avec celles du champ sanitaire. En effet, leurs nouvelles missions, de prévention de la récidive et d'évaluation de la dangerosité, demandent aux CPIP d'user de compétences relationnelles que leurs formations ne leur a souvent pas permis d'acquérir. Une liaison avec les acteurs du soin permettrait que ces techniques ne viennent pas empiéter, ni ne soit confondues, avec celles du soin cela particulièrement dans l'esprit des accompagnés. Une telle liaison pourrait par ailleurs être très profitable au champ sanitaire dans l'alliance de moyens qui pourrait alors être recherchée dans le respect des différences de missions.

9

¹⁰ Loi du 9 mars 2004, dite loi Perben II, dont le but est de renforcer l'efficacité des règles de procédure pénale applicables à la délinquance et à la criminalité organisées ; la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales introduisant le placement sous surveillance électronique

¹¹ 14 et 15 juin 2013.

AUDITION PUBLIQUE

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

Le champ sanitaire

Rôle

Le cadre général de la fonction sanitaire est une recherche de l'amélioration de la santé de la personne. Dans ce cadre, avec l'AVS judiciarisé, le praticien traitant (médecin, psychiatre ou psychologue ou encore équipe de soins) a le devoir de comprendre l'origine du trouble pour mieux le traiter dans le but essentiel de soulager la souffrance de l'intéressé, d'éviter que celle-ci n'impacte d'autres que lui-même, ce qui lui permet secondairement d'aménager ou de réaménager son modèle de vie pour le rendre socialement acceptable et partageable et d'augmenter ainsi sa qualité de vie.

L'action soignante ne peut se limiter au seul objectif individuel mais comporte une dimension collective de santé publique. Il revient au praticien traitant d'avoir toujours à l'esprit l'impact que pourraient avoir des comportements destructeurs de tels patients, particulièrement en cas de récurrence. C'est pourquoi, sans faire partie des objectifs dits "thérapeutiques", la pensée de la récurrence et de ses impacts doit rester présente dans la prise en charge de tels justiciables en même temps qu'il reste impératif de distinguer les espaces d'interventions des divers champs qui chacun possède des missions, des déontologies et des éthiques différenciées.

Modalités

Lors de la promulgation de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, et dans ses multiples réaménagements ultérieurs le législateur, qui en 2011 a rappelé le caractère prioritaire de la prise en charge des AVS¹², s'est toujours efforcé de concilier la préoccupation sécuritaire de lutte contre la récurrence avec le principe du consentement aux soins (sauf en cas d'hospitalisation d'office pour trouble mental). C'est l'équilibre qui a été retenu par le législateur en matière d'obligation et d'injonction de soins. Cet équilibre a été conservé selon les différents temps et lieux judiciaires où se déroulent les soins.

Temporalité des soins

La loi du 17 juin 1998 définit *de facto*, pour le clinicien, quatre temps judiciaires qui doivent être compris comme des temps thérapeutiques vectorisés, présentant chacun leur spécificité.

- Temps 1 : Instruction et jugement cette période ouvre le temps judiciaire et, sauf cas particulier¹³, aucune obligation de soin n'est faite à l'auteur présumé. L'instruction est aussi le temps pour le justiciable de la première rencontre avec le ou les experts (psychiatre et/ou psychologue).
- Temps 2 : Incarcération : c'est le temps de l'incitation aux soins.
- Temps 3 : Libération : Anticipée de longue date cette temporalité de transition fait partie de tout un jeu institutionnel, celui des remises de peines, mais surtout elle présente un impact très fort dans le temps thérapeutique. C'est toute l'importance du *travail de liaison* que

¹² Ministère de la justice et des libertés, ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Protocole santé-justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires, 16 décembre 2011.

¹³ Cependant, pendant l'instruction, le magistrat peut enjoindre la personne à engager un traitement, et placer celle-ci, si elle encourt un risque d'emprisonnement, sous une mesure de contrôle judiciaire comportant une obligation de soin (Code de procédure pénal, article 138 et sq.)

AUDITION PUBLIQUE

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

d'assurer la continuité des investissements thérapeutiques de celui qui devient un probationnaire, entre le l'équipe intracarcérale et celle d'accueil dans le milieu libre.

- Temps 4 : Le suivi en milieu ouvert : c'est l'ouverture du temps de la thérapeutique sous contrôle judiciaire.

Deux lieux de prise en charge la détention et le milieu libre.

Dans chacun de ces lieux l'organisation des soins sera différente.

En détention : incitation aux soins

En détention, l'espace de soins intra-carcéral dédié à la santé, dont celle mentale, est assuré par les services de santé¹⁴. La circulaire du 30 octobre 2012 a réorganisé le dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues selon trois niveaux de soins¹⁵. Les Unités de soins de niveau 1 (USN 1), correspondent aux soins ambulatoires (consultations et activités de groupe). Le niveau 2 inclut une activité d'hospitalisation de jour organisée au sein de l'unité sanitaire. Le niveau 3 porte sur les hospitalisations à temps complet, avec et sans consentement, en milieu hospitalier (les UHSA¹⁶). Dans le même temps, les anciens SMPR, au nombre de 26, voient leurs rôles évoluer vers une mission de coordination au niveau régional et de formation¹⁷. Enfin, la circulaire du 21 février 2012¹⁸ relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues précise que les AICS doivent prioritairement être affectés dans un établissement proposant une prise en charge spécialisée. À ce titre, en 2008, 22 établissements pénitentiaires pour peines, spécialisés dans l'accueil et la prise en charge des AICS ont été désignés, permettant de regrouper ces détenus trop souvent stigmatisés et de leur assurer les suivis spécialisés nécessaires.

Dans cet espace il n'y a aucune obligation à une prise en charge thérapeutique, le sujet y est simplement *incité* régulièrement, en théorie au moins une fois tous les six mois¹⁹. L'incitation est cependant puissante puisqu'en cas de refus d'engagement de soins adaptés, le détenu se voit refusé l'accès aux RPS (réductions de peine supplémentaires) au motif qu'il ne manifeste pas « *des efforts sérieux de réinsertion sociale* »²⁰.

Les travaux cliniques indiquent par ailleurs qu'il est particulièrement intéressant, au plan thérapeutique, de proposer des soins rapidement après le début de l'incarcération [11], afin de profiter, une fois le choc incarcératif passé, du réaménagement ouvert précisément par ce choc carcéral et qui fonctionne comme une sorte de « fenêtre » dans des défenses psychiques souvent particulièrement rigides de ces auteurs. Quelques expérimentations montrent l'intérêt d'un travail intégrant la notion de programme et la pluridisciplinarité, tels les Groupes Thérapeutiques Structurés développés par l'Unité de Santé Mentale Pénitentiaire du centre pénitentiaire de Plœmeur [71b].

¹⁴ Depuis 1986, la santé mentale en prison relève du Ministère de la Santé et est sous sa juridiction (même si le premier décret évoquant la création de CMPR date de 1977).

¹⁵ Les anciennes structures SMPR et UCSA sont réunies en « Unité de soins de niveau 1 »

¹⁶ Unités hospitalières spécialement aménagées au sein des établissements hospitaliers.

¹⁷ CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

¹⁸ Circulaire NOR JUSK0001246C du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.

¹⁹ Loi du 17 juin 1998.

²⁰ Loi du 15 août 2014, art. 13 et article 721-1 du *Code de procédure pénale*.

AUDITION PUBLIQUE

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

Si en milieu carcéral la coordination de tous les acteurs est essentielle, que ce soit pour faire progresser la santé mentale, la prévention du suicide ou des toxicomanies, elle est aussi nécessaire pour renforcer la continuité et la permanence des soins, éléments fondamentaux en ce qui concerne les AVS. Or, les ruptures engendrées par les transfèrements impromptus (pour l'équipe de soins) mettent souvent en péril ces deux critères de qualité des soins psychiques. Lors de la libération, ce travail de coordination avec les équipes accueillantes en milieu libre est tout particulièrement important.

En milieu libre : rencontre du médecin coordonnateur et du praticien traitant

Durant la préparation à la sortie une information est faite sur le fonctionnement du SSJ et de l'injonction de soins. Après celle-ci, le probationnaire rencontre le JAP puis le médecin coordonnateur qui, chacun dans son domaine, finalise l'information et les contraintes entrainées par le SSJ. Le probationnaire choisit alors un praticien traitant qui devra être validé par le MC.

Le praticien traitant

Le praticien traitant peut être un médecin ou un psychologue privé ou public²¹ ou une équipe de soin (type CMP de secteur psychiatrique ou PFr²²). Quel que soit le choix du patient, le praticien est volontaire pour suivre ce type de patient et spécialisé dans son traitement. La part obligatoire de l'injonction ne lui est pas destinée. Il est libre de la mise en œuvre du traitement. Cependant, dans le respect des règles de sa déontologie professionnelle le praticien accepte les règles imposées par les prises en charge sous contrainte pénale (par exemple *a minima*, délivrer un certificat à espace régulier justifiant de la venue du patient au traitement). Si le praticien traitant juge à un moment donné que le traitement n'est plus nécessaire, il en réfère au médecin coordonnateur qui peut à son tour en référer au Juge de l'Application des Peines. Une expertise peut alors être ordonnée par ce dernier et valider la demande de levée de l'injonction. En cas de difficultés ou de rupture de soins, le praticien traitant en informe le MC qui peut, si nécessaire, soit recevoir le probationnaire afin de lui rappeler ses obligations, soit d'en référer au JAP qui ordonnera alors toutes les dispositions nécessaires.

Organisation et stratégie des soins

Une stratégie de soins quelle qu'elle soit, pour avoir une efficacité, doit être congruente avec la culture du soin en vigueur dans le champ de l'exercice thérapeutique.

Stratégie des soins et culture du soin : nécessaire ouverture épistémique

En règle générale, on a tendance à opposer deux cultures du soin [6] qui sont régies par deux conceptions de l'homme : l'une repose sur un versant humaniste où la notion de sujet organise la réflexion éthique et l'approche psychopathologique ; l'autre se nourrit d'une approche pragmatique, elle-même dérivée de l'utilitarisme benthamien qui veut que ce qui est utile est vrai, c'est-à-dire donne satisfaction aux questions posées. Si la première approche concerne une vérité de l'être individuel

²¹ Les fonctions de « médecin traitant » et « psychologue traitant » sont définies dans les articles R 3711-23 et R 3711-25 du Code de la santé publique.

²² PFR : Plate-forme référentielle régionale de prises en charges thérapeutiques dédiées spécifiquement à l'accueil et au traitement des AICS. Les PFR ont été créées dans la suite du plan de prévention de la récidive de 2009 à partir de CMP volontaires. L'ARS Rhône-Alpes a labellisé ces structures avec un nouveau cahier des charges en novembre 2015. ARS Rhône-Alpes (2015) : *Labellisation des plateformes référentielles (PFR) destinées aux auteurs de violences à caractère sexuel (AVS)*, Cahier des charges, novembre 2015, 14 p.

AUDITION PUBLIQUE

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

centrée sur la relation intersubjective, la seconde intéresse une vérité de l'action et favorise une culture du résultat.

Si, en France, notre culture du soin relève majoritairement d'une approche humaniste, il serait toutefois fâcheux de penser que ces deux cultures s'affrontent dans une opposition rédhibitoire, particulièrement en matière d'accompagnement psychique des auteurs de violences sexuelles où il est nécessaire d'avoir recours à une vaste palette d'outils thérapeutiques qui se compléteront sans s'opposer idéologiquement. Il ne s'agit donc pas de transposer d'une culture du soin à l'autre des moyens et des techniques, ce qui constitue en matière de soins psychiques un contre sens [15b], mais de savoir adapter ce qui peut être utile. L'important est d'en avoir une lecture et une pratique qui s'intègrent à la culture du soin dominante dans l'équipe qui l'applique.

Temps contraint et programme individualisé de soins

La prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel place les soignants, du fait de l'alliance avec le judiciaire comme méta-cadre, dans la situation de travailler dans un temps contraint. Or, si le temps judiciaire définit celui de la peine, il n'impose rien au temps thérapeutique si ce n'est que le second ne pourra pas être inférieur au premier sauf demande spécialement formulée par le biais du MC au JAP.

Par ailleurs, les multiples déficits de ces auteurs, tant au plan cognitif qu'affectif supposent pour eux la mise en place d'aides plus techniques, voire pour les plus démunis d'entre eux, une aide éducative qui devra se réaliser en parallèle d'une prise en charge thérapeutique. Il s'agit alors d'utiliser des techniques à objectifs ciblés opérant par le biais de média compte tenu souvent de leurs difficultés verbales. Elles peuvent l'être sur des bases cognitives, permettant à l'auteur de violence de prendre en compte le dévoiement de la réalité dans laquelle il s'est fourvoyé. Pour d'autres le recours à une aide éducative sexologique peut les aider à organiser différemment leurs perceptions, particulièrement celles des femmes ou de la relation sexuelle et amoureuse [46]. Pour d'autres encore, des programmes comportementaux d'habiletés sociales seront des moyens premiers de développer des capacités de socialisation. Pour d'autres enfin, des ateliers sensoriels peuvent les aider à développer une discrimination émotionnelle [72]. Face à ces deux ordres de contraintes (temporalité contrainte et déficits), l'important est d'organiser le plus souvent, quand cela est possible, un *programme individualisé* de soins psychiques qui servira de cadre au long cours de la prise en charge et permettra de rythmer de manière cohérente la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques.

Par le terme de *programme de soins psychiques* il faut comprendre l'utilisation de diverses techniques qui seront jugées complémentaires et adaptées à chaque cas, en fonction de l'objectif défini avec le patient et évaluées par l'équipe comme nécessaires pour parvenir à ce but, dans le cadre légal ordonné par le jugement.

Enfin, il convient de ne pas oublier que la stratégie de soins doit surtout tenir compte de l'environnement dans lequel se trouve le patient, et de sa faisabilité. Le « bon » programme thérapeutique n'est pas forcément le meilleur techniquement parlant, mais celui qui peut se faire et que peut s'approprier le patient.

L'important sera donc d'individualiser le programme de soins et d'en proportionner l'amplitude aux besoins et aux compétences du sujet, ce qui lui renverra l'image, l'éprouvé d'être "justement entendu". Pour conserver l'efficacité du programme de soins, celui-ci devra être évalué à espace régulier, réaménagé si nécessaire et amendé selon les nécessités qui apparaîtront dans le temps de la

AUDITION PUBLIQUE

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

prise en charge. La modularité et la plasticité d'un programme fonctionne comme un facilitateur thérapeutique interne, il signifie à l'auteur que ceux des acteurs socio-thérapeutico-judiciaires qui travaillent avec lui, le font au plus près de ses potentialités, qu'ils ne lui en demanderont pas trop, ce qui développe en lui, outre un éprouvé de respect renforçant l'estime de soi. Cette plasticité participe de la capacité de contenance du cadre.

L'appui aux soins : les CRIAVS

En 2006²³, le Ministère de la Santé, répondant aux préconisations des praticiens, a mis en place les centres ressources régionaux pour les intervenants auprès des AVS, les CRIAVS. Auprès de ces centres, chaque professionnel, œuvrant auprès des AVS, peut trouver les appuis nécessaires tant de formation que d'information, d'expertise, de recherche et de supervision qui lui permettront d'exercer ses soins dans des conditions favorables. En outre ces centres ont une fonction de prévention ainsi que d'animation de réseau et particulièrement du maillage Santé-Justice-Social.

Organisation d'une stratégie de soins en cas de prise en charge par une équipe soignante

J'ai choisi de présenter une organisation de procédure de soins élaborée dans le cadre du PARI, première plateforme référentielle régionale (PFR) de prise en charge des AVS à avoir été créée par l'ARS Rhône-Alpes.

La prise de contact

Pour les sujets en fin de détention, la prise de rendez-vous est faite par courrier auprès de notre secrétariat par le sujet, ou éventuellement par l'équipe de soins de référence dans le cadre de la préparation à la sortie. Pour les sortants de longues peines, une prise de contact antérieure à la sortie (visite) peut alors, selon les cas, être organisée et accompagnée par l'équipe intra, ce qui permet un repérage des lieux et évite des vécus trop persécutoires à la sortie effective.

Pour les sujets libres, la prise de rendez-vous est faite par le sujet lui-même auprès de notre secrétariat, par courrier ou par téléphone.

Pour tous les sujets, la prise de rendez-vous est assurée sous quinze jours.

L'entretien d'accueil

À l'accueil, le probationnaire rencontre systématiquement un psychologue et un médecin. Dans les PFR, ce peut-être un IDE qui assure un entretien d'accueil selon un protocole qui doit être identifié²⁴.

1. Lors du premier entretien, si la personne est soumise à une injonction de soins, demande lui est faite de se munir des documents judiciaires dont il dispose. S'il n'en a pas en sa possession, il est informé de la demande qui sera faite auprès du médecin-coordonnateur en charge de son dossier.

²³ Circulaire n° DHOS/O2/DGS/6C du 13 avril 2006, relative à la prise en charge des AVS et à la création des Centres de Ressources Interrégionaux.

²⁴ ARS Rhône-Alpes, *Labellisation des plateformes référentielles (PFR) destinées aux auteurs de violences à caractère sexuel (AVS)*, « Cahier des charges », novembre 2015, 14 p.

AUDITION PUBLIQUE

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

2. S'il s'agit d'une obligation de soins dans le cadre d'une mesure de sursis mise à l'épreuve (SME), le sujet est informé, qu'avec son accord, une demande de transmission de ces documents sera faite auprès du CPIP (qui transmet au JAP).

Les évaluations initiales, identification des besoins

Avant toute acceptation de la prise en charge, et cela quelle que soient les préconisations des expertises, une évaluation des diverses potentialités du probationnaire est réalisée et est déterminante dans l'acceptation de la prise en charge.

Les évaluations mises en œuvre sont polyaxiales : psychiatrique, psychodynamique, cognitive, des préférences sexuelles. Elles s'appuient sur des épreuves psychologiques : test de performances cognitives, épreuves projectives, échelles spécifiques²⁵ (au cas par cas et selon nécessité : minimult, échelle de psychopathie, etc²⁶). En effet, nombre de ces AVS présentent des tableaux avec des déficits multiples tant au plan cognitif, qu'à celui affectif ou encore des représentations de la sexualité et ont donc des **besoins qu'il faut savoir identifier pour les accompagner par des aides appropriées afin de proportionner l'intervention thérapeutique aux besoins et de l'adapter aux compétences du sujet**. Le QICPAAS²⁷ [13], malgré sa longueur, est régulièrement utilisé compte tenu des informations qu'il permet de saisir rapidement

À l'issue de ces entretiens d'évaluation, l'ensemble des éléments en notre possession sont confrontés aux cinq critères de « bon répondeur » à un traitement psychothérapeutique de type psychodynamique tels qu'ils ont été identifiés dans l'étude de 1996²⁸ [12, 23] :

Par ailleurs, il faut préciser que certains auteurs, et cela malgré parfois l'effectuation de leur peine, conservent une faible reconnaissance des faits, voire pouvant en récuser la véracité, peuvent, cela sous certaines conditions de cadre, être accessibles à une action thérapeutique qui en ce cas sera adaptée sur le plan du cadre et du contenu²⁹.

Élaboration d'un programme individualisé de soins

Au terme de ce parcours évaluatif, une synthèse en RCP permet de poser une indication et de **construire un programme individualisé de soins** proportionné dans son amplitude aux potentiels du

²⁵ Ne sont utilisées que les échelles qui connaissent un étalonnage, ou un ré-étalonnage, sur des populations françaises ou pour le moins francophones

²⁶ PCR 20 : Psychopath Checklist - REVISED de Hare (1991). Côté, G., Hodgins, S., Ross, D., & Toupin, J. (1994). « L'Échelle de psychopathie de Hare : un instrument et la validation de sa version française », *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (Tome IV), Paris, Masson, p. 511-526.

²⁷ Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agresions Sexuelles.

²⁸ Les cinq critères sont :

- a. reconnaissance *a minima* du délit,
- b. se sentir *anormal* au moment du délit,
- c. reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte,
- d. arrestation = soulagement,
- e. reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Ces critères ne fonctionnent pas comme des limites réhibitoires de la prise en charge, mais comme des indicateurs. Nombre de ces sujets n'émargent pas à tous les items, ce qui n'empêche nullement une action thérapeutique pertinente avec eux.

²⁹ Ce même type de pratique semble prévaloir dans d'autres centres telle l'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légale de La Garenne Colombes, dirigée par le Dr Roland Coutenceau.

AUDITION PUBLIQUE

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

probationnaire et des ressources techniques dont dispose l'équipe. Programme qui intègre les aides en réponse aux besoins identifiés dans les évaluations. Ces aides constitueront pour certains un premier temps thérapeutique et parfois le seul pour les plus démunis psychiquement. Dans ces cas, recours est fait à des techniques présentant des objectifs ciblés.

Parmi les moyens thérapeutiques, deux points méritent d'être relevés : l'importance en première intention de l'utilisation de l'outil groupal (et particulièrement du groupe de psychodrame [31]) et l'apport de certains traitements pharmacologiques, dont les inhibiteurs de l'appétence sexuelle qui peuvent avoir un effet étayant avec certains de ces sujets, particulièrement en cas d'envahissement permanent par des impulsions mal contrôlables (notamment avec les sujets à prévalence pédophiliques).

L'indispensable travail avec les familles

Enfin, au-delà des cas d'inceste pour lesquels la question ne devrait pas se poser, il est nécessaire de citer l'indispensable travail qui doit être réalisé avec les familles qui restent en interaction avec le sujet, soit celle d'origine, soit celle composée actuellement quand il y en a.

Aménagement appropriatif du programme, co-construction du cadre et engagement dans les soins

Après la RCP, voire en fin de celle-ci, le probationnaire est reçu et le programme de soins lui est présenté. Cette rencontre est importante puisque c'est l'occasion de repréciser le contexte obligatoire et ce que cela signifie pour lui (obligation de venir) mais aussi pour l'équipe de soins (par exemple : la rédaction et la remise d'un certificat de présence, et non de participation, à intervalle régulier - en général mensuel). Elle permet aussi d'indiquer que l'espace du soin n'est pas l'espace judiciaire et qu'il y a une garantie de confidentialité dans le respect des règles de droit en vigueur³⁰. De même sont expliquées les diverses articulations où pourra être évoqué, par nécessité et avec son accord qui lui est alors demandé, le cas du sujet avec l'égal respect des règles de confidentialité.

Il est alors envisagé avec lui la faisabilité de la mise en place du programme en tenant compte des diverses contraintes auxquelles il est confronté (éloignement du lieu des soins, mesures de surveillances, conditions de mise en liberté, horaire professionnel, etc.). Cette phase de travail est fondamentale car elle correspond à une co-construction du cadre thérapeutique.

Une demande d'engagement est alors validée par le probationnaire (qui devient alors « un patient ») et par le praticien référent. Cet engagement, tout formel qu'il soit, représente pour le sujet une forme d'engagement dans le travail thérapeutique que nous proposons et qui est, pour lui, le début d'une forme d'appropriation de celui-ci.

D'autres équipes incluent dans ce protocole d'adhésion les SPIP, qui deviennent co-signataires de l'engagement dans la démarche de soins (engagement tripartite) [55].

³⁰ Cette formule a été choisie préférentiellement car elle permet de ne pas évoquer la notion de rechute/récidive, tout en qui nous obligerait à en informer le médecin coordonnateur

AUDITION PUBLIQUE

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

Évaluation de l'impact thérapeutique du programme mis en place

Individualiser un programme de soin suppose qu'il soit évalué à espace régulier, réaménagé si nécessaire et amendé selon les nécessités qui apparaîtront dans le temps de la prise en charge. L'évaluation prend en compte les dimensions : thérapeutiques mais aussi sociale.

- **L'évaluation thérapeutique** : semestriellement le probationnaire-patient rencontre un tiers, membre de l'équipe non engagé dans le travail thérapeutique, qui échange ensuite avec les thérapeutes. Selon l'évolution du travail il est possible de refaire un bilan évaluatif afin éventuellement de réévaluer si nécessaire le programme de soins.
- **L'évaluation sociale** : elle participe pleinement du soin avec ces sujets. Pour permettre une efficace du soin psychique, il est nécessaire que le sujet ait accès à un minimum de sécurisation sociale au plan de ses besoins primaires (logement, nourriture, santé). Aussi, nous travaillons régulièrement avec les diverses instances d'aide sociale, d'insertion (associatives ou publiques) mais aussi les SPIP, pour que les conditions d'exercice de nos propositions thérapeutiques puissent être supportables par le patient. Par ailleurs, une telle évaluation régulière évite bien des clivages toujours à redouter et défavorables aux soins psychiques (par ex. le sujet dit au thérapeute que tout va bien, alors que, socialement ou professionnellement, sa situation se dégrade).

La modularité et la plasticité d'un programme fonctionne comme un facilitateur thérapeutique interne, il signifie à l'auteur que ceux des acteurs socio-thérapeutico-judiciaires qui travaillent avec lui le font au plus près de ses potentialités, qu'ils ne lui en demanderont pas trop, ce qui développe en lui, outre un éprouvé de respect, le fait qu'il pourra le réaliser avec le bénéfice que l'on sait de la réussite chez ces sujets. Cette plasticité participe de la capacité de contenance du cadre.

Organisation de soins en cas de prise en charge par un praticien libéral

Lorsque le probationnaire s'adresse directement à un praticien libéral, ayant reçu l'accord du MC, outre les questions de prise en charge par les organismes sociaux selon les nécessités de chaque probationnaire (question qui ne se pose pas pour les psychologues³¹), le cadre, le dispositif et les techniques employées sont du ressort strict du professionnel qui les déploie. Le médecin coordonnateur lui garantit la confidentialité de son exercice. En cas de difficulté, le MC est le recours de première nécessité. C'est lui qui fera l'interface entre les personnels pénitentiaires (CPIP) ou judiciaire (JAP) qui peuvent, dans certaines circonstances de ruptures de soin ou de risques avérés de récurrence, être concernés.

Enfin, il est nécessaire de préciser que les CRIAVS sont un appui intéressant pour l'approfondissement de la formation des professionnels libéraux ou lorsque des difficultés techniques apparaissent dans la prise en charge. Les CRIAVS se constituent ainsi comme des partenaires d'une équipe virtuelle pour les professionnels libéraux, leur évitant ainsi de travailler dans un sentiment d'isolement.

Les quatre grandes modalités thérapeutiques

Les traitements psychodynamiques

Dans le cadre de notre culture du soin, l'accent est mis plus sur le processus psychique que directement

³¹ Il faut cependant que le professionnel prenne en compte la possibilité d'un remboursement plafonné par certaines mutuelles.

AUDITION PUBLIQUE

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

sur une modification corrective des conduites. Le but du travail est de permettre, à terme, un réaménagement des systèmes défensifs autorisant un abandon des conduites de décharges violentes. Dans ce type de thérapie, la capacité du thérapeute à contenir les effets désorganisateur de la rencontre est mise au premier plan. Aussi, il est recommandé de toujours référer le travail entrepris à d'autres [32], que ce soit une équipe soignante, un groupe de collègues, une supervision³². Entre les membres d'une équipe, il ne saurait être question de confidentialité.

Les prises en charges individuelles peuvent être largement proposées. Il convient souvent, au moins en début de traitement, de soutenir le patient dans son élaboration. Le silence est proscrit au profit d'une démarche basée sur des interventions actives, « *aidantes* », guidant le patient dans son élaboration [8b]. Une attention particulière doit être portée, dans un dispositif de « face à face », à la dimension du regard (regard à regard) permettant de faire faire à ces patients l'expérience d'un « regard d'écoute » où le soignant doit être capable, par la voie de l'empathie, d'être l'autre sans jamais cesser d'être soi [10b, p. 314]. Par ce biais, un véritable « partage d'affect » [71c] peut devenir effectif, permettant, dans la mesure où il s'opère, d'accéder au registre des processus primaires. Cela permet de comprendre l'importance que l'on doit attacher aux vécus corporels et sensoriels. Actuellement, de nombreux travaux portent sur le développement, l'identification et la nomination de cette sensorialité, base primaire de l'affectation et donc de la symbolisation. En conséquence se multiplient les innovations techniques, dans les aménagements des prises en charge psychothérapeutiques que ce soit en milieu fermé comme en milieu libre, utilisant de nombreuses médiations, corporelles (relaxation [53b]), olfactive (groupe à médiation sensorielle [65b]), art-thérapie [65c], atelier de marionnettes [71e], etc.. C'est dans cette même intention qu'il est important de s'attacher à une description détaillée de l'acte de violence afin d'en relier les segments aux vécus sensori-moteurs mis en action, reliquat de l'histoire traumatique non mentalisée du sujet auteur [23].

Un abord groupal est conseillé lorsque le sujet présente une piètre maîtrise de la verbalisation, peu de tolérance à l'angoisse, peu de culpabilité, une notion d'altérité mal limitée ainsi qu'une faible motivation au traitement. Le but d'une telle approche (particulièrement le psychodrame) est de stimuler l'alliance thérapeutique [31]. On enregistre une amélioration rapide de la tolérance à la critique, de l'expression et de la gestion des émotions, ainsi qu'un abaissement, pour les dénégateurs, du taux de déni.

Avec des sujets présentant un fonctionnement de type *opérateur*, l'abord corporel (relaxation, en individuel ou en groupe) est un complément thérapeutique intéressant [53b].

Lorsque la famille est présente et participante une prise en charge familiale est toujours recommandée [15]. En cas d'inceste, la thérapie familiale incluant éventuellement les travailleurs sociaux, est un appoint important quand on peut réunir au moins deux générations [77].

Les techniques cognitivo-comportementales

Elles vont viser des objectifs précis. Les principaux sont : le fait de se sentir plus concerné, d'apprendre à refuser certaines évidences ou croyances concernant la victime, la prise de conscience de son excitation sexuelle, l'amélioration de la reconnaissance d'autrui, la prise de conscience des distorsions affectives en matière de sexualité, l'identification des situations affectives favorisant le passage à l'acte. Ces objectifs correspondent tous à des protocoles de soins évalués. Compte tenu de leur spécificité et de leur ciblage adaptatif, ces techniques peuvent être utilisées en appoint d'un travail

³² Les Centres Ressources sont ici des appuis importants. Voir infra.

AUDITION PUBLIQUE

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

thérapeutique comme celui évoqué dans les paragraphes précédents.

Les appuis pédagogiques et insertifs

Le but de ces appuis est de permettre la découverte, l'amélioration, le développement et / ou l'expression de certaines données absentes et / ou déficitaires que ce soit dans le champ :

- de l'information sexuelle (sexologie)
- du développement sensoriel
- de l'expression émotionnelle

L'ensemble de ces appuis a l'avantage d'utiliser les médias

- Photolangage, art-thérapies, jeux, etc.
- Groupes pédagogiques ciblés
- Ateliers divers

Non directement psychothérapeutiques, ces techniques sont d'importants appuis dans une stratégie de soins psychodynamiques.

Les traitements chimiothérapeutiques³³

Ils font pleinement partie de la prise en charge de ces sujets. Un programme de soins incluant des traitements par psychotropes ou/et antiandrogènes suppose que leurs effets soient pris en compte et analysés dans le cadre de la prise en charge

19

Objectifs

L'objectif général qui est visé l'est d'abord en intention mais pas forcément en possibilité de réalisation à court terme. C'est la réorganisation du système défensif psychique du sujet et l'augmentation de sa capacité de mentalisation lui permettant, par le développement de sa capacité empathique et de discrimination affective, d'accéder au sens de son acte, à la prise de conscience de la souffrance infligée à travers celui-ci à la victime et d'approcher sa propre souffrance identitaire personnelle. Cependant pour certains sujets, trop carencés, cela constitue une forme d'horizon thérapeutique, qui nécessite des étapes avec des objectifs étagés faisant partie des moyens inclus dans le programme individualisé de soins. Dans de tels cas, le premier objectif est de veiller au renforcement du contrôle pulsionnel qui passe par une correction des distorsions en matière de sexualité, par le développement de sa capacité de maîtrise de son excitation sexuelle, enfin par l'acquisition ou le développement de ses compétences sociales et affectives.

Cet étagement d'objectifs est la garantie que le sujet avancera à son rythme l'autorisant progressivement à amender sa configuration psychique par le renforcement de sa confiance en lui (estime de soi), en ses capacités personnelles de réponses pro-sociales, ce qui lui permet d'accéder à une modification de ses comportements. Cet ensemble autorise souvent le sujet à pouvoir identifier, de manière autonome, les situations (sociales, affectives) favorisant le passage à l'acte, pour les éviter, s'en échapper ou y mettre fin.

³³ Cette partie est traitée dans l'expertise de Florence Thibaut

AUDITION PUBLIQUE

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

Pour l'ensemble des AVS pris en charge, le second grand objectif est bien une augmentation (à terme) de la qualité de vie. Cette amélioration a pour indice une meilleure insertion sociale, professionnelle et affective, autant d'éléments qui sont connus pour minimiser les risques immédiats de passage à l'acte et qui font partie d'un risque moindre de dangerosité... criminologique.

In fine, la prise en charge d'un AVS, où se conjoint l'alliance des trois champs (judiciaire, sanitaire et social) doit permettre au sujet AVS d'acquérir les moyens de ne plus faire supporter par un tiers (non professionnel du soin) ses défaillances psychiques.

La prise en charge des mineurs

L'acte de violence sexuelle chez les mineurs, qu'il soit considéré comme une recherche exploratoire lié à la sexualité infantile ou qu'il s'inscrive dans un mouvement plus structuré pouvant annoncer des développements limites de la personnalité, nécessite toujours une réponse tant judiciaire que thérapeutique et d'accompagnement éducatif, qui soit adaptée et proportionnée.

Comme pour les majeurs AVS, la prise en charge sanitaire des mineurs repose sur un trépied identique dans ses fonctions où interviennent les mêmes trois champs : judiciaire, sanitaire et éducatif (qui comprend une dimension d'accompagnement social fort du côté des familles).

Le champ judiciaire et d'accompagnement éducatif et social

Rôle

L'ordonnance du 2 février 1945, et ses multiples réformes, constitue le texte de référence s'agissant des mineurs auteurs de violences sexuelles. Elle pose comme principe une responsabilité pénale atténuée des mineurs doués de discernement ainsi que la primauté de l'éducatif sur le répressif. Le rôle de la justice des mineurs repose principalement sur un magistrat spécialisé, le juge des enfants, afin de garantir l'équilibre et la spécificité du système l'intervention judiciaire et du travail éducatif. Il est chargé de la protection de l'enfance en danger et de la répression des mineurs délinquants.

Comme en population adulte, le champ judiciaire est le champ cadrant et instituant la prise en charge sanitaire du mineur AVS.

Modalités d'actions

Le juge des enfants a une fonction d'assistance éducative en matière civile et en matière pénale il cumule les fonctions d'instruction, de juge du fond³⁴ et de juge de l'application des peines. Ses modalités d'actions sont tant judiciaires qu'éducatives au travers de multiples institutions soit publiques (Aide Sociale à l'Enfance – ASE – en matière de protection des maltraitances, des mineurs en danger ; et la Protection Judiciaire de la Jeunesse – PJJ – plus axée sur les questions judiciaires), soit associatives sous contrat. Toutes assurent son information sur le suivi de ses décisions.

³⁴ Juge compétent pour juger du droit et des faits.

AUDITION PUBLIQUE

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

La Protection Judiciaire de la Jeunesse représente un rouage fondamental dans l'accompagnement du mineur délinquant. Elle est chargée « dans le cadre de la compétence du ministère de la Justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre »³⁵. Elle assure donc le suivi éducatif des mineurs détenus. Elle a aussi un rôle d'évaluation et de surveillance de l'ensemble des structures qui prennent en charge des mineurs sous mandat judiciaire.

Objectifs

Le champ judiciaire à travers ses acteurs a pour objectifs : 1) de promouvoir une action éducative auprès du jeune afin qu'il quitte les voies délinquantes et 2) d'éviter par cette première action la récidive.

Cependant, depuis la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 on enregistre un net durcissement dans la prise en charge des mineurs où le sécuritaire tend à passer devant l'éducatif dans les faits ³⁶.

Le champ sanitaire

Dans la mesure où n'y a aucune spécificité des sanctions pénales applicables aux mineurs AVS, le prononcé d'une injonction de soins, à titre complémentaire d'une peine à temps ou à titre principal, suit peu ou prou la même voie que pour les majeurs. Voici brièvement le synopsis de l'action judiciaire conduisant à un prononcé de SSJ avec IS chez un mineur.

Après la constatation des faits délinquants il peut y avoir une garde à vue (si le sujet a plus de 13 ans) et un déferrement devant un juge pour enfant (ou d'instruction selon la complexité et la gravité de l'affaire). Est alors programmé une rencontre avec un éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse qui remplit le recueil de renseignement socio-éducatif (RRSE³⁷). Selon l'appréciation du juge il pourra y avoir une mise en examen. C'est alors qu'une mesure de SSJ peut être prononcée après avis expertal. Dans ce cas, le juge pour enfant désigne le MC et lui transmet l'ensemble des informations nécessaires. La suite de la démarche est alors similaire à celle des majeurs [41b]. Il est important de préciser qu'en matière de juridiction et d'accompagnement socio-éducatif des mineurs un intérêt tout particulier est porté durant toute la prise en charge à l'environnement familial.

Rôle

Dans le cadre des mineurs incarcérés, le rôle du champ sanitaire, tel que défini par la circulaire du 15 mai 2008 est de permettre au mineur de devenir « acteur de sa santé en lui proposant des ressources qui répondent à ses besoins dans une logique partenariale »³⁸. Prioritaire, la prise en charge sanitaire doit être cohérente et articulée, voire protocolisée, entre partenaires de la PJJ et les unités sanitaires type UCSA dans un esprit de coopération et de mutualisation des données, dans un but préventif et

³⁵ Décret du 9 juillet 2008.

³⁶ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002.

³⁷ Mesure d'investigation. Il s'agit d'un recueil sur les données personnelles, familiales et sociales, destiné à aider le juge dans sa décision.

³⁸ Circulaire interministérielle DGS/HOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

AUDITION PUBLIQUE

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

éducatif permettant au jeune d' « examiner les conditions de son retour dans son environnement d'origine ou [...] d'autres perspectives. »³⁹

Modalités d'actions

La prise en charge sanitaire des mineurs délinquants et/ou criminels sexuels est assurée dans deux espaces, le milieu fermé et le milieu libre.

Le milieu fermé

Si, comme pour un détenu majeur, l'injonction de soins n'est activée qu'une fois la peine de détention levée, la situation en milieu fermé est celle d'une incitation aux soins : « la démarche de soins est favorisée ou suscitée dès la période de détention »⁴⁰. Toutefois, l'ensemble des intervenants auprès du mineur, de par la dominante éducative de leur mission, accorde une attention particulière aux actes délinquants et donc aux violences sexuelles comme signe d'une socialisation en difficulté. Sans donc cibler dans un premier temps la problématique sexuelle, toujours complexe à aborder à l'adolescence et plus particulièrement en détention, celle-ci reste dans l'arrière plan du travail éducatif. Ce qui enjoint à un partenariat avec le champ sanitaire.

Un mineur AVS de plus de 13 ans d'âge, s'il est amené à être incarcéré, peut l'être dans deux structures différentes : le quartier pour mineurs d'un établissement pénitentiaire pour adulte (QPM) ; un établissement pour mineurs (EPM, depuis 2002⁴¹). S'ajoute à celles-ci, depuis 2002, un enfermement non pénitentiaire, dans un centre d'éducation fermé (CEF) ou renforcé (CER), qui constitue une alternative à l'incarcération.

Dans chacune de ces structures les prises en charges sanitaires sont différentes.

En **quartier pour mineurs (QPM)**⁴², pour les équipes de soins présentes, « la visée strictement thérapeutique [dans un premier temps] ne doit être [qu']accessoire » [5]. Elles font tout d'abord en sorte que les jeunes aient du plaisir à les rencontrer ce qui est un enjeu important pour les jeunes AVS qui ont beaucoup de difficultés à aborder ce qui les amène en prison. Une fois opérée cette possibilité le cadre thérapeutique pourra se mettre en place. Il est protocolisé avec l'idée principale de permettre au jeune de faire l'expérience de prendre soin de lui. La rencontre se fait alors avec un couple de soignant avec, si nécessaire, consultation du médecin psychiatre. L'ensemble des éléments de la rencontre est consigné et repris en supervision avec le psychologue de l'équipe et fait l'objet d'une évaluation dans la RCP hebdomadaire.

Dans cet espace fermé, les liens avec les éducateurs de la PJJ sont fondamentaux puisque c'est eux qui ont en charge toute la dynamique éducative. C'est par eux aussi que peuvent s'organiser les activités ludiques, sportives, certains groupes de paroles mais aussi des groupes plus informatifs comme ceux organisés par le planning familial.

³⁹ Note du 24/08/2017 relative à l'action éducative conduite par le milieu ouvert auprès des jeunes détenu.e.s NOR : JUSF1722120N

⁴⁰ Circulaire interministérielle DGS/HOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/158 du 13 mai 2008, *op. cit.*

⁴¹ Le premier fut ouvert à Meyzieux (Rhône) en 2007.

⁴² Les informations de cette partie sont issues de l'expérience en détention de Françoise Arpin et Édouard Pradel [5].

AUDITION PUBLIQUE

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

En **établissement pour mineurs**, la situation est différente puisque ces établissements ne reçoivent que des mineurs en principe condamnés à de longues peines, ce que ne confirme pas la réalité des faits. Le but étant par l'étude et le sport intensif (dans un EPM les jeunes sont occupés en permanence) de leur permettre une réinscription dans le champ social [42].

Le placement en **Centre Éducatif Fermé (CEF)**, relève d'une mesure de contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle. Le jeune reste sur une période de six mois (renouvelable une fois) qui est distribuée en trois séquences: l'accueil et la rencontre des autres, l'activité éducative et de travail psychologique et la préparation d'un projet. Dans ces lieux, le travail psychologique est souvent plus présent que dans les structures pénitentiaires du fait des petits effectifs (8 à 12 sujets). L'esprit d'un CEF, au-delà du sécuritaire, comme dans les lieux d'enfermement (QPM, EPM), est de mettre la contrainte au service de l'éducatif.

Les **Centres Éducatifs Renforcés**, ont été pensés comme une alternative à l'incarcération, leur modalités internes de fonctionnement sont similaires aux CEF mais ils s'adressent à des jeunes qui sont moins installés dans la délinquance.

Les **modalités du soin** sont centrées dans tous ces lieux fermés sur des échanges / entretiens en individuel ou en situation groupale qui se veulent adaptées à la personnalité du jeune. L'utilisation d'outils de médiation en groupes structurés est d'usage fréquent, sont principalement utilisés des dispositifs à médiation par l'image (le photolangage) ou par le jeu (« La 8^{ème} dimension », le « Qu'en dit-on ? »⁴³). Ils constituent un appoint nécessaire et très efficace avec ces jeunes souvent en difficulté avec le langage verbal. Il faut aussi relever que ces séquences thérapeutiques sont rythmées par les prises en charge éducatives et que les premières tirent une partie de leur valeur du rapport de complémentarité qu'elles entretiennent avec les secondes.

Les objectifs

À côté des objectifs socio-éducatifs de réinscription dans le champ social, les objectifs thérapeutiques sont souvent modestes mais fondamentaux, en EPM comme en quartier mineurs, le but est centré sur la rencontre : qu'elle devienne un lieu de plaisir d'échange. La recherche de confiance autorise la parole, la mise en mot des actes délinquants. Toutefois les actes de violences sexuelles sont souvent difficilement abordés en QPM car les jeunes n'y restent pas longtemps. S'ajoute à cela le fait que ces adolescents savent que les violences sexuelles, d'autant plus qu'elles ont été commises en individuel (en groupe cela peut être interprété comme un rite d'adhésion à une bande et la tolérance est plus grande) [5], sont source de danger comme en détention adulte. Toutefois, quand une confiance s'installe, un travail sur le sens de l'acte peut être engagé. Les objectifs principaux étant de leur permettre d'acquérir une meilleure estime d'eux-mêmes, une gestion améliorée de leur agressivité et de développer leur capacité empathique.

⁴³ « La 8^{ème} dimension » est un outil créé par l'équipe de pédopsychiatrie de Poitiers du Pr Marcelli et du Dr Catheline à l'usage des professionnels de l'adolescence. Il cherche à favoriser les représentations des adolescents et à susciter leur réflexion et leur jugement en les situant dans un système d'échanges et de reconnaissance des pensées de chacun.

« Le qu'en dit-on ? » support d'échange groupal élaboré par l'équipe psychiatrique de la Maison d'Arrêt d'Angers ce jeu de cartes explore le champ des représentations et des attitudes sur le thème du lien social en tant que lien à l'autre et à la loi. Pour adolescents de 12 à 18 ans. Il en existe une version pour adulte depuis 2013.

AUDITION PUBLIQUE

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

Dans la mesure du possible le lien avec les familles est recherché et entretenu. Des actions thérapeutiques à leur destination sont souvent mises en place qui vont de l'entretien familial à des thérapies familiales plus structurées.

Le milieu libre

Modalités d'actions

En milieu ouvert l'AVS mineur rencontrera les mêmes structures de soins que les adolescents tout venant. Cependant, un certain nombre de dispositifs spécialisés dans leur prise en charge ont vu le jour qu'ils soient directement à destination des mineurs AVS (Groupados) [49] ou représentant une spécialisation d'un dispositif plus large s'adressant aux mineurs délinquants comme le dispositif MARS (CHAI, Grenoble) [65].

Les dispositifs

Pour Groupados⁴⁴, après une évaluation pluriaxiale très complète, l'équipe propose des suivis thérapeutiques individuels, de groupe ainsi qu'un accompagnement familial. Le travail d'accompagnement thérapeutique repose sur cinq axes d'intervention : une analyse de la demande des intervenants de terrain et des familles et mise au point d'un protocole de collaboration ; une évaluation psychologique et pédopsychiatrique ; une analyse des besoins pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques des adolescents ; l'inclusion dans un groupe thérapeutique de type semi ouvert référé aux travaux de Monique Tardiff [80, 81] ; une évaluation des critères d'évolution positives.

Le dispositif MARS⁴⁵ déploie un travail en interpartenariat avec l'ensemble des structures qui travaillent dans le champ de prise en charge des jeunes en risque de délinquance (de 13 à 21 ans). Dans ce cadre l'accueil des jeunes AVS est similaire aux autres. Par contre il a été développé à leur usage une méthode groupale spécifique : le psychodrame. Dispositif particulièrement adapté aux adolescents car s'appuyant sur la mise en action du corps et de ses éprouvés, le jeu et la narration, et s'exerçant dans un groupe sécurisé de pairs. L'hypothèse de travail que l'on retrouvera dans les objectifs est centrée sur le développement des capacités de symbolisation [65, p. 209]. La méthode du psychodrame (référée aux travaux de Didier Anzieu [3]) a été aménagée pour que chaque jeune soit reçu en groupe mais aussi en individuel par le thérapeute principal du groupe, permettant une reprise des éprouvés qui n'ont pu être verbalisés pendant la séance groupale.

D'autres dispositifs ont été mis en place mais tous ont la particularité de rechercher l'élément interpartenarial comme étant une nécessité dans la PEC de ces jeunes.

C'est le cas du dispositif dit de la « conduite accompagnée » [79], articulant l'accompagnement et la processualité thérapeutique. Il s'agit d'un dispositif groupal structuré en 12 séances d'une heure trente. Chaque séance comporte deux séquences. La première est une associativité libre autour d'un

⁴⁴ « Groupados » est une cellule de l'équipe SOS Enfants-ULB (Université Libre de Bruxelles) du CHU St Pierre spécialisé dans l'enfance maltraitée [49].

⁴⁵ MARS = Mission Accueil Relais et/ou Soins : structure de consultations ambulatoires en milieu ouvert pour adolescents, pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Alpes Isère [65].

AUDITION PUBLIQUE

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

thème. La seconde est médiatisée par un jeu spécifiquement conçu à cet effet. Les objectifs sont de prévenir la répétition des actes et d'inviter l'adolescent à un travail sur lui-même, sa sexualité, sa relation aux autres afin de contribuer à un mieux-être global.

On retrouve cette dimension dans la bi-focalité du dispositif de Michel Gallez [44] mixant prise en charge individuelle et familiale et se déroulant en parallèle de l'intervention judiciaire. Son but est de « mettre du sens sur le geste qui a été posé, à l'inscrire dans une histoire familiale et à aider chacun à y répondre de la place qu'il occupe dans le système familial. » [44, p. 20]. Le déroulé de la prise en charge est le suivant : analyse de la demande, validations des faits, propositions de travail négociée avec la famille, intervention thérapeutique systémique et enfin sanction et pardon.

D'autres dispositifs groupaux sont encore utilisés notamment les groupes structurés [71]. Il s'agit le plus souvent de techniques cognitivo-comportementales. Ce dispositif organise un travail interpartenarial entre le champ sanitaire et celui de la justice des mineurs.

Enfin, certains suivis plus spécifiques peuvent être mis en place, comme les suivis sexologiques. Dans ce type d'accompagnement, « Le travail sexologique [...] consiste à amener des éléments de compréhension et de réflexion sur la sexualité d'une manière adaptée à ce jeune [afin de lui permettre] de construire sa sexualité » [45].

Les thérapies familiales

La présentation de ces divers dispositifs indique que les suivis des jeunes auteurs d'AS ont recours sensiblement aux mêmes méthodes que les moyens thérapeutiques mis en place pour les majeurs. On retrouve les entretiens individuels, les prise en charge groupale avec l'utilisation de groupes dits « à médiation », « structurés » ou encore « à objectif ciblé ». Toutefois, en clinique adolescente un accent particulier est mis sur l'environnement familial.

Toute prise en charge d'un mineur doit, dans la mesure de sa faisabilité, comprendre dans son programme une prise en charge de la famille, que celle-ci soit systémique [41] ou psychodynamique [24]. Un jeune ne changera pas seul, c'est souvent la PEC familiale qui permet aux changements de tenir dans le temps. Il s'agit que les liens avec la famille ne se rompent pas. Certes au début de la prise en charge l'adhésion de la famille n'est pas requise mais elle doit être ultérieurement recherchée activement.

Protocole d'entrée dans les dispositifs

En règle générale dans tous ces dispositifs l'entrée dans la prise en charge est protocolisée. Je présente le parcours d'entrée de Groupados [49] :

1. Lecture des auditions et « tri » des demandes
2. Entretien d'introduction avec le jeune et ses référents
3. Dix « Entretiens-Rencontres » avec le jeune

AUDITION PUBLIQUE

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

- a. Le testing (Maspaq⁴⁶, Jesness⁴⁷, Rosenzweig⁴⁸, MMPI-A⁴⁹, Rorschach)
 - b. La lecture du dossier du jeune et la récolte des données anamnestiques
 - c. Le ou les entretiens familiaux
 - d. Les entretiens cliniques avec deux psychologues (réalisation de la chaîne de l'abus et investigation autour de la sexualité du jeune)
 - e. Le ou les entretiens avec le pédopsychiatre, coordinateur de l'équipe SOS-Enfants et de GROUPADOS
4. Entretien de conclusion avec le jeune
 5. Entretien de conclusion avec les référents (et le jeune selon le cas)
 6. Rédaction de l'examen médico-psychologique avec remise de propositions réalistes.

Prise en charge médicamenteuse

Enfin, il est important de préciser qu'en matière de prise en charge médicamenteuse, l'accès aux antiandrogènes n'est pas possible chez ces patients compte tenu des effets secondaires qu'ils impliquent du fait de leur jeune âge.

Les objectifs

Certains dispositifs en milieu ouvert ont des objectifs ambitieux mais peut-être aussi nécessaires. Par exemple Groupados se fixe comme objectif de la prise en charge : la responsabilisation face aux faits ; la prévention de la récurrence ; un mieux être psychologique, relationnel et social ; une meilleure estime de soi ; une gestion améliorée de l'agressivité et le développement de l'empathie [49].

26

L'utilisation de l'outil groupal conduit à rechercher :

- soit des objectifs directs de gestion émotionnelle : expression et gestion de la colère et d'autres sentiments négatifs ; apprendre à résoudre les conflits ; affirmation de soi ; contrôle du stress ; acceptation de ses limites ; développement de l'empathie ; repérage des excuses que se donne l'adolescent pour faire des choses illicites [49].
- soit des objectifs de mentalisation : recontextualisation historique et familiale de l'acte ; ré-affectation des actes (utilisation de média corporel comme le jeu psychodramatique) ; reconnaissance des éprouvés et symbolisation de ceux-ci ; développement des processus de mise en représentation. Cet ensemble conduit à des levées d'inhibitions intellectuelles et à un abaissement des défenses projectives en permettant au jeune de développer une meilleure assise narcissique ; une intégration améliorée dans ses groupes de pairs ; une capacité à se projeter dans l'avenir, dans des projets ; un accès à l'altérité et donc à la reconnaissance de l'autre et au développement possible de l'empathie [65].

On perçoit que dans ces deux cas malgré l'usage de référentiels théoriques différents, l'intention de la thérapeutique et les objectifs recherchés sont à peu près les mêmes. En effet, une meilleure gestion des émotions (colère, agressivité, développement de l'empathie, socialisation pro active) signifie

⁴⁶ Mesure de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois (Le Blanc M., 1997)

⁴⁷ JENESS Inventory – Revised (JI-R) est un inventaire de personnalité auto-administré s'adressant aux adolescents (> 8) présentant de graves troubles du comportement.

⁴⁸ Le test de P. F. Rosenzweig est destiné à analyser les réponses à la frustration. C'est une évaluation de la gestion du stress et de l'agressivité.

⁴⁹ Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent. Inventaire de personnalité permettant d'identifier les problèmes personnels, sociaux, et comportementaux chez les adolescents.

AUDITION PUBLIQUE

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

qu'une mise en représentation psychique s'est opérée, qu'une baisse des défenses projectives s'est développée permettant cette amélioration. Il ne s'agit pas uniquement d'un pur apprentissage sans mentalisation.

Ainsi, l'intention générale d'un traitement avec un adolescent AVS consiste donc à responsabiliser, tout en mobilisant, autant que faire se peut, des valeurs comme la réciprocité et l'autonomisation par une gestion améliorée de leurs affects et de leur capacité de mise en représentation de ceux-ci.

Discussion

Le fait de sentir une pression plus grande du sécuritaire sur l'éducatif doit rendre vigilant à ce que les méthodes thérapeutiques ne soient pas détournées de leurs buts initiaux pour les ramener à de simples outils de contrôle des comportements délictueux sexuels.

Le fait que les objectifs, sous des vocables, des méthodes et des épistémês différents, présentent une grande similarité, indique l'intérêt qu'il y a, en matière de prise en charge des mineurs et adolescents, à user de moyens et dispositifs divers, même se situant dans des registres épistémologiques différents. Si l'important est que « cela marche », cela fonctionnera encore mieux si, dans l'usage, ces moyens sont pensés comme complémentaires, utilisés par des professionnels formés à leur usage et que leur lecture ne soit pas un « en soi » catégorique, mais s'inscrivent dans la culture de l'équipe prenant en charge le jeune. En bref, c'est la lecture inscrite dans une culture du soin qui fera la cohérence de l'usage.

Comme pour les adultes les études portant sur le vécu des jeunes pris en charge pour des faits de délinquance insistent sur la nécessité d'un fonctionnement cohérent et expliqué avec une graduation des interventions. Qu'ils puissent faire l'expérience que la réponse est proportionnée à l'action. Le plus souhaité par eux c'est la rencontre avec des adultes accompagnants contenant et disponibles, élément majeur favorisant le changement [16].

Jusqu'où aller ?

L'AVS au cœur du dispositif de prise en charge

Après avoir passé en revue, tant pour les sujets auteurs de violences sexuelles majeurs que mineurs, ces trois champs avec leurs spécificités, leurs modalités d'actions et leurs objectifs propres, il nous faut nous pencher sur les modalités d'alliance qui ont vus le jour entre eux et qui fondent, au regard de notre culture du soin, une forme de modèle intégré et cohérent de prise en charge des AVS. Pour ce faire, je prendrai appui sur le dispositif que nous avons développé en Isère depuis le milieu des années 1990 et qui fonctionne aujourd'hui sous le vocable de « Maillage Santé-Justice-Social ».

Si dans le milieu carcéral la coordination de tous les acteurs est essentielle et soutenue par le Ministère de la Santé [87], il n'en va pas toujours de même en milieu ouvert malgré les nombreux travaux qui montrent, sous des vocables différents (articulation [11, 14], triple entente [60], réunions triangulaires [55], synergie partenariale [62], etc) l'importance, voire la nécessité d'une telle coordination. Avec le temps, les réticences des différents partenaires de la peine et du soin se sont pourtant atténuées. Un mouvement s'est fait jour qui montre une lente évolution des manières de penser le lien interpartenarial [50], passant d'une logique d'exclusion à celle actuelle d'une co-construction. Aujourd'hui la peine et le soin constituent un cousinage attentif mais sans inimitié. Malgré cela, la courte étude que j'ai réalisée auprès des différents CRIAVS en France, indique combien peu de régions

AUDITION PUBLIQUE

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

ont mis en place ce type de dispositif permettant aux trois champs de communiquer entre eux et de potentialiser leurs effets propres dans l'intérêt de la PPSMJ.

En créant une fonction d'interface entre justice et santé, occupée par le médecin coordonnateur, une connexion s'opère entre deux espaces qui restaient au mieux juxtaposés. Ils s'articulent enfin, mais surtout ils acquièrent la possibilité de communiquer. Le législateur ouvre un canal où va circuler de l'information qui jusque là se trouvait dans des espaces de rétention, et du côté de la santé, et du côté de la justice. Il est aujourd'hui nécessaire de pousser jusqu'à son terme ce qu'à impulsé la loi il y a maintenant vingt ans. Loi, rappelons-le, qui s'appuyait sur le travail de réflexion juridico-clinique du rapport Balier (1995) puis Lempérière (1996) et les préconisations du rapport de recherche sur les auteurs judiciairisés d'agressions sexuelles rendu en 1996 [12]. Cette loi, nourrie par la clinique, n'en conserve pas moins sa préoccupation principale qui est sécuritaire : la prévention de la récidive. Aujourd'hui, il semble que, sous le poids de certaines politiques, la tentation par le champ judiciaire d'instrumentaliser l'injonction de soins soit plus aiguë. Cela d'autant plus que les difficultés économiques surchargent les différents partenaires qui ne disposent plus du temps nécessaire pour faire jouer les dimensions relationnelles qui sont fondamentales à la réalisation de l'esprit de la loi (cf les trois axes que j'ai rappelés au frontispice de mon expertise et particulièrement le troisième). Endiguer une telle occurrence c'est proposer un espace institutionnalisé de rencontre de ces trois champs, où chacun d'entre eux pourra faire l'expérience que l'alliance est plus féconde que l'opposition, que l'articulation sert plus les intérêts de chacun que la mise en conflit ou la tentative de mise sous tutelle d'un champ par un autre.

En effet, l'alliance du judiciaire avec les services de santé prenant en charge ces auteurs participe à l'attente du législateur, que la PPSMJ ne renouvelle jamais ses actions délinquantes, tout en préservant une déontologie thérapeutique qui veut que le but du soin est la recherche d'une amélioration de la santé et non la recherche d'un facteur de paix sociale. La loi ne se constitue donc que comme un cadre externe, un méta-cadre, sur lequel l'action thérapeutique pourra venir prendre appui.

Quant à la prévention de la récidive (*stricto sensu*) et l'évaluation de la dangerosité criminologique, elle est dévolue au SPIP et n'est pas l'objet des soignants. C'est ici que l'inscription de ce champ (l'accompagnement social) dans l'alliance santé-justice-social vient en constituer une donnée fondamentale. En effet, la prévention de la récidive, qui ne peut laisser indifférent aucun soignant, sans pour autant qu'il en fasse son objectif, est un composé de multiples actions qui ne tirent leur efficacité que de la présence des autres. Ces trois cadres, propre à chacun des champs impliqués dans la PEC de l'AVS, sont intimement interdépendants. Chacun vient non seulement étayer les deux autres en inter-appui mais chacun donne aux deux autres une possibilité élargie de mener au mieux leurs missions. Ainsi, le procès ouvert par la loi du 17 juin 1998 entre la loi et le soin se répète à cet échelon entre les trois champs concernés par la prise en charge juridico-socio-soignante de l'AVS judiciairisé.

Un autre point d'importance, et souvent occulté par le fait même de son évidence, est que chacun de ses trois champs, en ce qui concerne la prise en charge des AVS, ne tire sa légitimité que du lien avec l'auteur de violence sexuelle. Sans lui, tout ce que je viens de décrire n'aurait pas la même existence. Cette remarque dit combien le fonctionnement de chacun de ces champs est intimement arrimé au lien qui se développera avec cet auteur. Je pourrai même ajouter, celui-là et pas un autre. C'est même

AUDITION PUBLIQUE

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

cet élément qui rend nécessaire la singularisation d'un programme de soin⁵⁰ dont la charge technique doit être proportionnée aux besoins pro-psychiques et pro-sociaux du sujet. Cela trace une modalité fondamentale : celle de placer l'auteur au cœur de nos dispositifs qui n'ont de sens que parce que lui, l'auteur y est et qu'il doit être considéré comme une forme de partenaire spécifique et non d'un usager à qui s'applique un certain nombre de procédures.

Voyons maintenant les qualités que doit avoir le maillage santé-justice-social (MSJS).

Le maillage santé-justice-social : organisation de base d'un environnement pro-sécuré

Contexte

Depuis le milieu des années 1990 notre centre grenoblois, le PARI, prenant en charge des AVS judiciairisés ou non, rencontrait régulièrement les magistrats qui, dans la suite de l'étude rendue au Ministère de la Santé en 1996, portaient intérêt au fonctionnement psychique des AVS. C'est ainsi que nous sommes convenus avec eux de rencontres régulières où nous évoquions, sous le sceau de la confidentialité, les interrogations concernant leurs dossiers [35]. Une fois voté la loi de 1998, nous continuâmes mais la naissance du SPIP en 1999 amena un nouveau partenaire dans nos rencontres. Puis en 2000, avec le décret nommant les médecins coordonnateurs, l'Isère se trouvant assez rapidement pourvue, ces derniers s'intégrèrent épisodiquement à nos échanges. L'entrée en scène des CRIAVS, dont le premier fut organisé à Grenoble en 2006 changea la dimension de nos échanges et les institutionnalisèrent. Réunions qui dès lors se sont tenues trimestriellement au TGI de Grenoble, sous la double égide : CRIAVS et TGI. Elles réunissent les acteurs concernés de la justice (principalement les JAP), de l'accompagnement (SPIP) et du soin dont ceux des USN et des plateformes référentielles ainsi que divers experts (psychologues, psychiatres) et encore les médecins coordonnateurs. C'est de cette expérience que sont issues les analyses qui servent de modèle au dispositif dit « Maillage Santé-Justice-Social » (MSJS).

Nécessaire continuité des soins dedans - dehors

La prise en charge des AVS doit être comprise comme une continuité dedans (milieu clos) dehors (milieu libre). Cette tâche de liaison relève aujourd'hui, et *a priori*, du médecin coordonnateur. C'est à lui d'organiser cette liaison sans que cela n'oblitére la possibilité pour le praticien traitant d'assurer aussi une liaison directe. En effet, ainsi faisant, avec ces sujets à la difficulté reconnue à traiter l'absence et donc la séparation, s'organise un processus qui tient compte de cette difficulté et qui permet que se poursuive l'expérience précédemment engagée avec l'équipe de soin intra carcérale. Le travail du médecin coordonnateur est donc de pouvoir endosser cette fonction de passeur, de garant de cette transmission qui désigne des objets sur lesquels le sujet pourra investir.

Une fois dans le milieu libre le sujet va se trouver face à une sorte d'éclatement de la contenance. Le cadre institutionnel disparaît dans sa réalité matérielle qu'était l'espace confiné carcéral pour ne survenir que dans celle des contraintes qui lui sont faites au travers des multiples obligations et

⁵⁰ Du reste, les expérimentations menées tant au Canada qu'aux Etats-Unis ou en Angleterre indiquent combien les vastes programmes standardisés, sont d'une efficacité plus que médiocre, voire parfois contre-productifs, quant à la récurrence [68, 2].

AUDITION PUBLIQUE

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

démarches auxquelles le probationnaire se doit d'émarger. C'est là qu'intervient tout le sens de la pluri et de l'interdisciplinarité.

Pluridisciplinarité et pluripartenariat

La dimension d'inscription dans le milieu, aujourd'hui reconnue comme une nécessité dans l'intervention thérapeutique auprès des sujets agresseurs sexuels [8, 7, 9, 56, 4, 32, 27], appelle un fonctionnement qui nécessite, pour qu'un travail thérapeutique s'avère efficace, que les différentes institutions, auxquelles ont affaire ces sujets, travaillent en alliance pour éviter les effets de morcellement. Cela est d'autant plus nécessaire qu'un sujet ayant connu une incarcération longue se voit progressivement coupé de son milieu d'origine. Ainsi, en sortie d'incarcération, ce qui devient l'environnement de ces sujets sont les champs de la justice, du soin et de l'accompagnement social (SPIP, CPIP). Ce sont eux qui sont au plus près de lui et qui, d'une certaine manière, organisent sa vie, définissent de nouvelles limites et « veillent », le temps de la mesure judiciaire, sur son devenir.

Toutefois, l'auteur sous main de justice n'a pas directement affaire aux disciplines Justice ou Santé ou accompagnement social. C'est au travers d'un partenaire humain, juge, soignant ou CPIP, qu'il rencontre ces champs disciplinaires. Et, c'est l'effet de cette rencontre qui sera active dans le temps et qui imprimera la relation transférentielle de l'auteur à la discipline du *soin*, de la *justice* ou de l'*accompagnement social*. C'est aussi à travers eux que se révélera *in fine* le poids des inter-contre-transferts que génère la prise en charge de tels sujets, particulièrement les effets de déni, de clivage et d'emprise par séduction. Ainsi, si les champs de la justice, de la santé et de l'accompagnement social doivent travailler en alliance, c'est dans un exercice *inter partenarial* que cela s'acte dans la réalité des faits (les réunions de maillage). L'interdisciplinarité s'incarnant dans l'interpartenariat. Une telle alliance va donc plus loin qu'un simple emboîtement des cadres. D'interdépendants, ces trois cadres devront devenir "*intercontenants*" [24]. C'est cette fonction *d'intercontenance* qui se révèle, à terme, comme participant d'une dimension thérapeutique.

L'intercontenance

Le terme d'intercontenance, développe la notion de « double-cadre » conçu par Claude Balier, où, à l'intérieur du cadre judiciaire, se déploie le cadre thérapeutique [66]. Le premier garantissant au second son exercice, nous avons ainsi des cadres emboîtés. Plus qu'un emboîtement, l'intercontenance suppose que chacun des trois cadres de références (santé, justice, social) vienne garantir aux deux autres leurs actions. Cela suppose qu'aucun des trois ne puisse avoir une prééminence sur les autres [20]. Ainsi, chaque cadre est différent, chacun à son champ d'autonomie qui ne cède rien aux deux autres mais chacun des trois ne tire son efficacité que de la présence des deux autres. Développement aux trois champs précités du même processus que ce qu'opère la loi de 1998 entre la loi pénale et le soin. La loi permet au soin de s'exercer, celui-ci en retour assure à la loi sa pleine efficacité.

L'intercontenance des cadres suppose que les partenaires des diverses institutions intervenantes soient informés du fonctionnement des autres institutions et des missions de leurs membres et de leurs limites. Cela passe par des rencontres interinstitutionnelles préalables entre les différents partenaires de la justice, du soin et de l'insertion. Ces réunions permettent à chacun de prendre la mesure, et donc la limite, de l'identité professionnelle de l'autre partenaire. De telles réunions, instituent un espace intercontenu qui suppose, par nécessité, une porosité entre les enveloppes de ces cadres, sinon nous aurions une simple juxtaposition de fonctions, ce qui est trop souvent encore le cas. La « porosité » instaure des zones de transition internes où s'atténuent la rigueur des identités

AUDITION PUBLIQUE

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

professionnelles au profit des fonctionnements psychiques de ceux qui en exercent la fonction⁵¹. Cependant, cela pose la délicate question de la confidentialité des échanges.

La question de la confidentialité

« Échanger oui, peut-être, mais jusqu'où ? » est une question récurrente et qui ne présente pas la même résonance selon que l'on exerce en milieu fermé ou ouvert en même temps que l'ensemble des professionnels en accepte la nécessité [75]. Cela d'autant plus que, en liant le secret à une mission et non à des professions, « le nouveau Code pénal n'a pas consacré la notion de secret partagé mais il permet son existence [51]. » Reconnu dans les deux milieux (prison et milieu libre), le droit au secret professionnel est particulièrement important dans celui fermé compte tenu des conditions de confinement et de circulation des informations et où il participe de la protection du détenu. Pour tenir compte de cette dimension, tout en assurant la continuité nécessaire des soins et la détermination de la prise en charge la plus adaptée, la circulaire du 30 octobre 2012 prévoit des règles spécifiques permettant à la fois le développement d'espaces institutionnels de collaboration tout en préservant la confidentialité des échanges⁵².

Tous les professionnels qui interviennent auprès de l'AVS ont dans leurs déontologies un droit au « secret professionnel ». Malheureusement ces différents professionnels n'ayant pas de culture commune, cela peut entraîner de graves malentendus entre ce qui doit rester secret pour l'un et qui peut être une information déterminante pour l'autre. Pour pallier à cette réalité, tout en validant la notion de « secret professionnel », le législateur use de litotes en proposant que des échanges d'informations puisse se réaliser selon « une communication maîtrisée » ou encore seront seulement échangées des informations « nécessaires, pertinentes et non excessives »⁵³.

Face à cette absence de cadre commun légal homogène, la question du secret professionnel peut constituer l'enjeu de rivalités de pratiques, de territoires, voire de déontologie, qui se traduisent par la crainte d'une instrumentalisation d'un champ par un autre et donc d'un risque de soumission, voire de subornation des compétences identitaires de l'un au profit de l'autre. Cette crainte, souvent vive entre les sphères du soin est de la justice, porte ainsi sur des questions d'identité, d'un risque de dilution de celle-ci. Si la vigilance doit être de rigueur en la matière car la dimension sécuritaire peut être avide du côté de la justice, il doit aussi être pris en compte le fait qu'un raccrochage trop grand à la notion de confidentialité traduit une identité vécue comme fragile, ou fragilisée par la situation de rencontre du flou identitaire de ces patients. Face aux éprouvés engendrés par ces organisations de personnalités où projection, clivage et déni dominant, la protection du secret professionnel est une rigidification défensive autour d'un noyau : la confidentialité sensée renforcer les limites identitaires du professionnel, pour éviter que la confusion ne gagne chacun.

La confiance partagée

L'absence de culture commune, entraînant un manque d'homogénéité dans la perception d'une même règle de droit, conjuguée à la nécessité de favoriser un espace de transmission d'informations qui serait *de facto* en dérogation du droit au secret, constitue une double contrainte qui permet de comprendre que, dans cet espace interconnecté, il ne saurait être question de « secret partagé ». Il

⁵¹ Pour René Kaës cette « porosité » participe d'un moment de travail figuratif transitionnel [59b].

⁵² Circulaire ministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication d'un Guide méthodologique sur la prise en charge des PPSMJ. Ministère de la Justice et des Affaires sociales. NOR AFSH 1238354 C, sp. p. 69.

⁵³ *Ibid.* p. 68 et 69.

AUDITION PUBLIQUE

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

s'agit plutôt que s'instaure une « confiance partagée » et la confiance, cela se gagne par un travail d'élaboration.

Les informations qui filtrent entre les trois champs doivent respecter le seuil informatif tolérable par chaque intervenant. Ce seuil correspond à une élaboration entre les partenaires de ce qui peut être échangé au travers d'une réflexion du type : « De quoi ai-je besoin comme informations et mon "besoin" est-il "nécessaire" à l'accompagnement socio-thérapeutico-judiciaire de l'auteur dont il est question ? » La connaissance, pour chacun des partenaires, des autres modes de fonctionnements institutionnels permet de faire ce travail de filtrage. La notion de « confiance partagée » s'appuie sur une mise en commun et fonde un langage commun qui n'est autre que la capacité interinstitutionnelle de penser ensemble⁵⁴ créant une culture commune ponctuelle d'alliance autour de la PEC de ce probationnaire-là. Elle autorise dans l'espace ainsi défini l'échange interdisciplinaire dans le respect d'identités différentes mais où chacune d'entre elles est nécessaire à l'existence et à l'efficacité des autres dans l'intérêt du probationnaire compris comme sujet intégré dans le champ social.

Les bases de cette « confiance partagée » ne peuvent être que conventionnelles entre les partenaires. Toutefois, elles peuvent s'appuyer sur des règles de bon sens. Par exemple, tous les membres participants au maillage peuvent convenir :

- que l'ensemble des échanges est couvert par le secret professionnel et qu'ils y sont astreints ;
- qu'ils doivent se renseigner auprès des différents partenaires pour se représenter leurs besoins au regard des situations évoquées ;
- que sur cette base tout n'est pas à dire, seulement ce qui est en relation directe avec la situation évoquée tout en veillant à un échange fluide qui rende utilisable l'information délivrée ;
- qu'il est nécessaire de se demander ce que vont devenir les documents diffusés.⁵⁵

32

Enfin, une règle toujours importante à respecter est celle d'information du probationnaire : qu'en certaines circonstances des données relatives à son cas pourront être évoquées et d'avoir son accord et cela pour chaque champ.

Cependant, compte tenu du *turn over* des différents intervenants, il est important, par respect d'une temporalité souvent comptée pour chacun d'entre eux, que les règles présidant comme base de cette « confiance partagée » fasse l'objet d'un accord pour chaque nouvel arrivant.

D'autres théorisations exemplifient cette position de « confiance partagée ». Par exemple, Aurore Bureau propose de substituer à la notion de « mission commune » pour l'accompagnement de tels sujets, celle d'une « communauté de vue » entre les partenaires qui permet de faire converger les cultures professionnelles et les pratiques des différents intervenants [19]. Point de vue qui est à rapprocher de celui de Martine Herzog-Evans quand elle parle de « partenariat partagé » permettant de créer, dans le cadre d'une tâche commune, une culture commune autour du probationnaire [57]. La notion de « confiance partagée » institue un échange aux critères connus de tous car élaborés en commun dans le respect des missions et des règles de déontologie de chaque champ professionnel.

⁵⁴ Correspondant à une forme de "capacité de rêverie" telle que W. R. Bion l'a définie. Bion W., R. *Aux sources de l'expérience*, 1962, Paris, PUF, 1979, 137 p.

⁵⁵ Ces « règles » de précautions, sont inspirées de l'ouvrage de : Rosenczweig J.-P., Verdier P., Daadouch C. *Le secret professionnel en travail social et médico-social*, Paris, Dunod, 2008, 192 p., p.92.

AUDITION PUBLIQUE

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

Démarche qui conduit à l'instauration d'une confiance réciproque. Mais confiance ne veut pas dire confiance.

L'ensemble de ces données vient soutenir la réalité des recherches cliniques qui montrent que le risque de récidive est minoré quand augmente l'efficacité du réseau de prise en charge de ces patients [71d]. Ainsi, la qualité des articulations et des communications d'informations dans le réseau présente un impact positif sur la réduction de la récidive.

Le maillage vient définir un territoire thérapeutique et un environnement prosécutif

La rencontre de ces espaces institutionnels est ainsi le produit d'un processus maturatif institutionnel, commencé le 17 juin 1998, qui définit, sur un territoire donné, un maillage Santé-Justice-Social. Sur le ressort du TGI de Grenoble ce maillage se matérialise par quatre réunions annuelles permettant de faire le point de là où en est sur le territoire du ressort la PEC des AICS mais aussi de pouvoir traiter des cas qui s'avèrent difficiles pour les uns ou pour les autres. C'est aussi un lieu d'informations sur l'état de nos disciplines réciproques relativement à notre présence dans le maillage, voire un lieu de formation continue où certains thèmes intéressants chaque champ peut se trouver développés.

Néanmoins, la réalité du maillage va bien au-delà des ces réunions. Le terme lui-même renvoie à la discrétisation spatiale d'un milieu continu⁵⁶ en un réseau interconnecté. Pour dire brièvement, le maillage dépasse, en s'appuyant dessus, la notion d'articulation. Le maillage, réalisé par la mise en réseau interconnecté des différents acteurs de la justice, du soin et de l'insertion, vient organiser le territoire dans lequel le probationnaire aura à se déplacer. Il va lui fournir une première carte avec ses représentations de coordonnées dans un espace qui, pour bon nombre, peut être vécu comme un territoire étranger, d'autant plus que le sujet est sortant d'une incarcération longue. Le maillage se constitue comme le développement d'un environnement « favorable » où peuvent pleinement se déployer les potentialités du soin et de l'accompagnement vers la réinsertion. En quelque sorte, le maillage Santé-Justice-Social instaure un environnement favorable aux soins. Il définit un nouvel environnement sur lequel le probationnaire pourra s'appuyer, et qui est promu par le mouvement processuel d'intercontenance. Il vient définir un *territoire thérapeutique concerté* entre les trois champs de tutelle, dont chacun connaît la géographie avec ses repères, ses droits mais aussi ses devoirs.

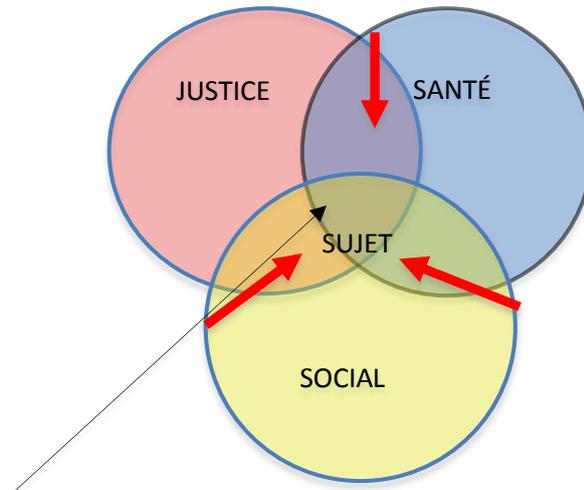
Cette géographie particulière permise par le maillage est à chaque fois différente. En effet, l'ensemble ne tient que par la mise en commun autour de la prise en charge, toujours singulière, d'un probationnaire qui n'est, pour paraphraser le poète, « chaque fois, ni tout à fait [le] même ni tout à fait [un] autre » [82]. Penser ainsi, c'est, non seulement considérer le probationnaire comme un « semblable » et développer son droit de cité, mais c'est surtout définir un espace commun qui devient à chaque fois singulier dès lors qu'il n'est défini que pour ce probationnaire-ci. Ainsi, la grande vertu du maillage est de placer au centre du dispositif le probationnaire et d'adapter ce dispositif, de manière suffisante et mesurée, aux besoins de l'auteur mais aussi à ses compétences, comme cela est fait pour la singularisation du programme de soins qui lui a été proposé et comme cela doit l'être pour l'accompagnement social.

⁵⁶ fr.wikipedia.org

AUDITION PUBLIQUE

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

Schéma de l'intercontenance



Les flèches rouges indiquent l'effet de mantèlement

Espace intercontenu défini par la loi du 17 juin 1998 et l'IS du SSJ.

Évite les risques de clivage et de déni.

Permet de penser le sujet en son absence et « contraint » le sujet à « se retenir » et donc à penser l'excitation et non à l'agir.

34

Les qualités de cet environnement intercontenu et interconnecté

Cet environnement intercontenu, maillé par les actions des différents partenaires, doit présenter un certain nombre de qualités pour être efficient. Ces règles qualifiantes fonctionneront comme des devoirs pour tous les partenaires.

- Le premier est le devoir de **cohérence**. Il suppose, pour l'ensemble des partenaires, non pas de tenir un discours identique, mais que dans chacun des discours propres aux diverses fonctions des partenaires, le probationnaire éprouve qu'il relève d'une même orientation qui s'adresse à lui et pas à un autre ou un groupe d'autres.
- Le deuxième est le devoir de **fiabilité**. Cette dimension fondamentale, repose sur le fait qu'aucun partenaire ne se dérobe à ses fonctions et aux charges qu'elles impriment. Cela va du respect des rendez-vous, des engagements pris, des projets mis en œuvre mais aussi des rappels fermes à la loi, ou plus si nécessaire. Cela progressivement permet au sujet de faire l'expérience d'un environnement *prédictible*, ce qu'il n'a en général jamais rencontré dans son histoire infantile. La **prédictibilité** étant une base nécessaire pour engager un projet d'avenir.
- Le troisième est le devoir de **compréhension**, c'est-à-dire de rendre cet environnement compréhensible. Trop souvent les auteurs de violences sont confrontés à des dimensions qu'ils comprennent peu, voire pas, les laissant dans le sentiment d'être en dehors d'un monde commun, ce qui engendre souvent des vécus persécutoires. Rendre compréhensible c'est permettre au sujet de décrypter son environnement, de lui donner du sens, de savoir où il s'engage, de pouvoir participer réellement au monde dans lequel il évolue. C'est aussi, et peut-être surtout, une manifestation de respect. La question pour les intervenants n'étant pas de

AUDITION PUBLIQUE

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

- faire crédit au sujet de savoir ou d'avoir compris, mais de s'en assurer et donc de l'accompagner dans son appropriation.
- Le quatrième devoir, est le corollaire du précédent, il s'agit de rendre cet environnement *accessible* au sujet. Cette *accessibilité* suppose que cet environnement soit suffisamment *malléable*⁵⁷ afin que le sujet aie l'éprouvé d'être aussi acteur de son développement. Là encore il s'agit du respect du probationnaire : ne mettre en place qu'un accompagnement thérapeutique qui soit en adéquation avec les besoins et les compétences du sujet, en proportionnant l'action d'aide et d'appui à la nécessité. On comprend ici l'importance d'une évaluation régulière qui permet d'adapter aux mieux les aides auxquelles le sujet peut prétendre et qui s'inscrivent dans son programme thérapeutique. La malléabilité de cet environnement, la négociation de l'accompagnement ne peut se faire qu'en accord avec tous les partenaires. Ce sera donc le produit d'une négociation pluripartenariale en lien avec le sujet. Une telle négociation offrira la meilleure potentialité appropriative du soin et donc de la réinsertion.
 - Le cinquième devoir a déjà été mentionné, au sens qu'il est en position méta par rapport aux autres, c'est le *respect*. La qualité de cet environnement repose sur une idée centrale : malgré l'action délinquante et le dommage fait à la victime ayant engendré la rigueur de la loi, le sujet qu'est la personne délinquante n'a pas disparu au profit d'un justiciable *lambda* et qu'il est bien pris en compte dans toute sa dimension subjective. Cela passe souvent aussi par de petites actions, par exemple recevoir le sujet à l'heure prévue pour ses rendez-vous, sans retard ; prendre en compte les diverses contraintes auxquelles il est confronté (absence de moyen de transport, éloignement du centre, difficulté de s'orienter, discrètes phobies, difficultés de compréhension, etc.) ; négocier avec lui ce qui est possible et ce qui ne l'est pas ; construire avec lui la faisabilité des actions à mettre en œuvre ; etc. Il s'agit, le plus souvent pour ces auteurs, d'une expérience nouvelle.

Cet environnement favorable aux soins, constitué par le maillage, fonctionne alors pour le probationnaire comme une « psyché d'appoint » externe, à charge pour les soignants de lui permettre de l'introjeter. Le sujet fait, dans cet espace « attentif » et fiable, deux expériences. La première, en sa présence : une rencontre peut être un lieu d'échange dont il est l'objet et qui respecte son intégrité corporelle et subjective ; la seconde en son absence : celle d'être pensé ailleurs et par d'autres dans le souci de « baliser » un terrain d'avenir potentiel pour qu'il puisse poursuivre son chemin vers, et la réinsertion, et l'intersubjectivité humaine. C'est en ce sens que cet environnement devient *prosecure*, capable de générer une sécurité citoyenne, celle qui respecte l'intégrité physique et subjective de tout autre dans le respect des lois.

Du mantèlement au holding psychique

Un tel maillage, par l'intercontenance que propose ce dispositif, engendre un effet fondamental de mantèlement. Ces auteurs ont le plus souvent un Moi parcellisé, archipèlisé [23] ce qui engendre de nombreuses zones qui ne sont pas véritablement unifiées par un processus de liaison générant, face à une surcharge excitative, des angoisses d'effondrements. Pour s'en défendre, ces sujets peuvent retrouver un état très primaire de leur psychisme qui a été mis en évidence chez les enfants autistes par Donald Meltzer : le démantèlement. Il correspond chez les enfants à une errance sensorielle de chacun des sens, qui se trouvent éparpillés et qui sont attirés par l'objet le plus excitant du moment, dans ces instants, l'éparpillement et la mobilisation de chaque sens par des objets différents engendrent une suspension de l'attention qui suspens du même coup toute angoisse. Le prix à payer

⁵⁷ Le terme de *malléable* est emprunté à René Roussillon qui développe cette notion inspirée de Marion Milner [76].

AUDITION PUBLIQUE

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

en est une disparition du Moi, une dissolution par là même des possibilités de croissance et de développement psychique. Dans le cas de l'autisme, un tel mécanisme primaire est à distinguer du clivage [70]. Cette approche nous permet de comprendre la place que peut prendre une victime pour un auteur : elle vient capter perceptivement la sensorialité et évite l'effondrement identitaire par l'action qui se déclenche. Le dispositif d'intercontenance propose une réunion ferme des zones du Moi du sujet⁵⁸. D'une certaine manière, les contenus ne pouvant plus être expulsés sont contraints de coexister, l'attention à lui est alors restaurée dans l'éprouvé reconstitué et protégé d'une unité parfois vécue douloureusement. Ce processus offre ainsi au sujet l'expérience particulière d'être le centre de gravité de cet effet et le pôle organisateur de la géographie où se déploie son accompagnement. Ce mantèlement ferme pourra évoluer ultérieurement vers une contenance et une fonction « conteneur » telle que René Kaës l'a travaillée dans le sens d'une capacité transformatrice des éprouvés de l'excitation en représentations [59, 59c]. Cela suppose, et j'insiste sur ce point fondamental, que le maillage doit être ferme et donc que les règles en vigueur à l'intérieur de cet espace doivent être appliquées avec fermeté. Toute déroba de la part des professionnels risquant de nouveau d'entraîner, pour le moins, des angoisses non négociables par le sujet et donc des risques de récurrence.

Ce type de dispositif, permis par le maillage santé-justice-social, définit ainsi un environnement favorable au sujet, correspondant à une présence vigilante qui développe autour de lui un environnement qui va chercher à s'adapter à lui et qui, à terme, évite les clivages défensifs qui ne sont que les stigmates de modes d'adaptations à un environnement défaillant. Ainsi, l'intercontenance génère un affect fondateur du travail thérapeutique en milieu libre : *le holding psychique*.

C'est ce type d'éprouvé qui entraîne pour l'AVS une meilleure potentialité adaptative puisqu'il est dans un environnement négocié, ce qui est très différent de son environnement primaire. Ainsi le maillage santé-justice-social constitue une dimension plurimodale qui organise, module, rend préhensible et adapte la réalité imposée au probationnaire. Ainsi perçoit-il la construction d'une unité (dont il est le centre) dans le respect des singularités de chacun des partenaires pour qui il est, à chaque fois, et quel qu'un de différent et d'identique à lui-même.

Cette groupalité psychique interpartenarial est d'abord **interpsychique** puisqu'elle réunit des partenaires de différents ordres qui se doivent de fonctionner ensemble dans un espace commun défini par le maillage. Ensuite elle est **transpsychique**, puisque l'ensemble de ces partenaires œuvrent dans une sorte de communauté psychique. Tous ensemble sont assemblés autour d'un but commun : la réadaptation de ce sujet au centre de leur préoccupation. Cette topique potentialise ainsi un espace **inter et transsubjectif** dans lequel se trouve inclus le sujet puisqu'en position d'attracteur forcé. C'est, peut-il penser – et il n'aurait pas tort de le faire – que s'il en est ainsi, c'est parce qu'il est là. Ainsi se crée à la fois un espace d'illusion ainsi qu'une forme de groupalité psychique introjectable et donc structurante.

Par cette introjection il place à l'intérieur de lui les qualités intercontenantes de cet environnement. Ainsi se construit un espace interne différencié lui permettant de développer sa capacité d'être seul en face de cet environnement-là, prémisses d'être seul en face de tout environnement sans trop craindre un débordement excitatif, prémisses surtout d'une subjectivation à venir.

⁵⁸ Que l'on songe au dispositif inventé par Temple Grandin qui était le seul à être à même de calmer ses angoisses. Et qui était constitué par des pressions très fermes sur l'ensemble du corps [52].

AUDITION PUBLIQUE

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

Maillage et désistance

La fonctionnalité et l'efficacité de ce dispositif repose sur une mise en correspondance et une harmonisation, dans l'ensemble des champs, des moyens « mis à disposition » du probationnaire : programme de soin et d'accompagnement singularisé pour chaque probationnaire, répondant à ses besoins et adapté à ses compétences.

L'ensemble du dispositif étant tissé autour du PPSMJ, comme la corde se tisse autour d'une âme, il conduit à penser la PEC de l'AVS comme une forme de *tutoring* où soins et guidance ne s'opposent plus et se trouvent intégrés, tout en le générant, dans un parcours désistanciel. Le mot parcours implique la notion de trajet, de progression, même s'il doit être tenu compte des retours en arrière toujours possible et qui peuvent faire partie d'un parcours de désistance [43]. Par exemple, le surgissement d'un moment de régression, nécessaire dans le parcours thérapeutique de ces sujets, peut mobiliser une angoisse forte entraînant un risque d'évacuation dans un passage à l'acte. Toutefois, le dispositif du maillage est conçu, avec sa forte dimension empathique et contenante, comme devant permettre une anticipation de ces difficultés par les regards croisés portés sur le probationnaire et éviter ainsi le risque de récidive en lui permettant de contenir ce qui antérieurement ne l'était pas.

Le dispositif du maillage conjoint et opérationnalise les multiples actions, tant judiciaire que thérapeutique ou d'accompagnement social, qui ont été déclinées tout au long de ce rapport et qui toutes, participent d'un parcours désistanciel. On peut résumer ces actions en sept points :

1. la contrainte pénale, fonctionnant comme un méta-cadre, devient créatrice de la rencontre d'un environnement favorable aux soins et à l'accompagnement de ces auteurs ;
2. une bonne connaissance partagée du sujet, de son fonctionnement psychique, de ses capacités d'insertion et des caractéristiques de son passage à l'acte ;
3. la mise en place du programme individualisé de soin et d'accompagnement (liaison soin / SPIP) soumis à une évaluation en continue de ses impacts ;
4. la mise en place d'aides ajustées et individualisées permettant le développement d'attitudes *pro-sociales* ;
5. aider à la rencontre encadrée des victimes ;
6. développer un accompagnement « au quotidien » qui peut passer par la constitution de groupe d'entraide encadrés et supervisés par des professionnels du soin et/ou de l'accompagnement, type Cercles de Support et de Responsabilité [83, 22] ;
7. accompagner les accompagnants eux-mêmes et les thérapeutes pour que se développent au mieux les qualités empathiques des liens avec le probationnaire (supervision et analyse régulière des pratiques).

Dans ce dispositif, où toute action aidante doit être proportionnée à la nécessité du sujet accompagné, se conjugue l'écart propre à chacun des champs et la recherche d'une possibilité de penser en commun la singularisation de la prise en charge du probationnaire. Ce jeu d'écart entre singularité et groupalité, permet l'émergence de la fonction tiercéisante qui fait précisément défaut chez ces sujets. Par le maillage se constitue ainsi un espace-temps thérapeutique premier, antérieur à toute demande possible de soins, surface du processus désistanciel à venir.

AUDITION PUBLIQUE

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

Conclusion : un modèle multipartenarial intégré pour la pec des AVS

« Jusqu’où aller ? » était la question posée. Entre les nécessités judiciaires, les réquisits du soin telles que je les ai formulés et les accompagnements par le SPIP dans la mesure où les uns et les autres acceptent de travailler de concert dans le cadre du maillage et de ses règles de confiance partagée, d’empathie et d’alliance, nous disposons d’un modèle multipartenarial intégré, homogène et cohérent avec notre culture du soin. Le développement de ce dispositif interinstitutionnel instaure un travail restauratif avec les auteurs de violence sexuelle permettant de percevoir les limites de « jusqu’où aller ? ». Cette question trace l’idée d’un parcours et c’est bien de parcours dont il est question. Un parcours suppose un espace géographique et un temps pour le réaliser. Un parcours n’est pas une errance, c’est une traversée balisée faite de haltes, de stations et de cheminement. Un parcours c’est un espace-temps qui a été pensé par d’autres mais dont chacun fait l’expérience pour lui-même. La vie est un parcours qui sans cesse pose la question « jusqu’où aller ? ». Le dispositif que j’ai décrit s’inscrit dans un parcours de peine mais la manière de le mettre en œuvre peut éviter que celui-ci ne se transforme en parcours du combattant pour devenir un véritable parcours de vie où le sujet pourra sentir émerger en lui la question qui m’a été posée : « Jusqu’où aller ? » et de pouvoir enfin humainement y répondre. Alors s’ouvre un parcours de désistance dont il ne faut jamais oublier qu’il est, pour le sujet qui y est engagé, un parcours de croissance.

AUDITION PUBLIQUE

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

Bibliographie

- [1] Adam C., De Fraene D., Jaspert A., Van Praet S. « Enfermement des mineurs poursuivis pour "agression sexuelle sur mineur". Une analyse croisée des modes de connaissance dans le traitement d'une catégorie émergente », *Déviance et Société*, 2009, vol. 33, No 1, p.69-93.
- [2] Andrews, D. A., Bonta, J., *The psychology of criminal conduct* (5^{ème} éd). Cincinnati: Anderson, 2010, 630 p.
- [3] Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod, 1975, 288 p.
- [4] Archer E., dir. *Agressions sexuelles : victimes et auteurs*, Paris, L'Harmattan, 1998, 407 p.
- [5] Arpin F., Pradel F. « Le travail de l'équipe psychiatrique en quartier mineurs », in *Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir*, ss dir. André Ciavaldini, Paris, In Press, 2012, 245 p., p. 155-165.
- [6] Aubut J. « Réflexion éthique autour de la prise en charge des agresseurs sexuels », in Roland Coutenceau et Joanna Smith, *La violence sexuelle : approche psycho-criminologique. Évaluer, prévenir, soigner*, Paris, Dunod, 2010, 400 p.
- [7] Aubut J. et col. *Les agresseurs sexuels*, Montréal, Québec, éd. Les Éditions de la Chenelière, 1993, 328 p.
- [8] Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 1988, 287 p.
- [8b] Balier C. « Repère dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles », in ss dir. Bruno Gravier, *Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?* », Actes du V^e séminaire du CEDEP, Montignac, 25-27 mai 1996, 123 p., p. 78-83.
- [9] Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, éd. PUF, 1996, 253 p.
- [10] Balier C. « La violence à la lumière des processus adolescents », *Adolescence*, 1998, vol. 16, n° 1, p. 117-126.
- [10b] Balier C. *La violence en Abyrne*, Paris, PUF, 2005, 389 p.
- [11] Balier C., Parayre C., Parpillon C., Rapport « Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels », Ministère du travail et des affaires sociales / Ministère de la justice, 1995.
- [12] Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M. « Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels incarcérés », *La documentation française*, 1996, 264 p.
- [13] Balier C., Ciavaldini A., Emeraud P.-Y. « QICPAAS : Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles ». Paris, ARTAAS, 1998.
- [14] Baron-Laforet S. « L'expertise psychiatrique post-sentencielle, d'injonction de soins et de soins sous contrainte », in ss dir. Jean-Louis Senon, Jean-Charles Pascal et Gérard Rossinelli, *Expertise psychiatrique pénale*, Paris, John Libbey Eurotext, 2007, p. 207-216.
- [15] Baron-Laforêt S., Dumont J.P., Savin B. « Les thérapies familiales en prison », *FORENSIC, Numéro spécial: Environnement et processus de soins*, Vième rencontres SMPR - UMD - MCS, 1995, p. 33-38.
- [15b] Benbouriche M., Vanderstukken O., Palaric R., Le Bas P. (2013). « Prévenir la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel en France : présentation et mise en perspective des interventions cognitivo-comportementales », in ss dir. Senon J.-L., Jonas C., Voyer M., *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, Paris, Masson, 2013, p. 330-334.
- [16] Binot A., Durand-Mouysset S., Botella F., Lavergne P. « Aspect de l'ordonnance du 2 février 1945 vue par 331 mineurs », *Rapport du Ministère de la Justice*, DPJJ, IPJJ, Mission n° 1 ET 2008, 2008, 32 p.
- [17] Bion W., R. *Aux sources de l'expérience*, 1962, Paris, PUF, 1979, 137 p.
- [18] *Bulletin officiel du ministère de la Justice*. n° 2012-05 du 31 mai 2012 – JUSD 122695C, 36 p.
- [19] Bureau A. « La relation partenariale au prisme du secret », in *La prévention de la récidive dans sa dimension interpartenariale*, ss dir. d'André Giudicelli, 2017, Rennes, PUR, 465 p., p.133-158.
- [20] Casoni D. « Enjeux éthique et pratique en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in *Penser les agressions sexuelles*, ss dir Bruno Gravier et Pascal Roman, Toulouse, Érès, 2016, 337 p., p. 105-122.
- [21] Chaubon H., Gaia A., Rapport annuel de l'observatoire de la récidive et de la désistance, 2017.
- [22] Chollier M., Cochez F. *Traduction du Guide européen des Cercles de Soutie et de Responsabilité (CSR)*, 2010, Circles Europe : Together for safety. Commission Européenne. <http://www.circles4.eu/wp-content/uploads/COSA-European-Handbook-F-2010.pdf>
- [23] Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, édition révisée, 2001, 255 p.
- [24] Ciavaldini A. « La famille de l'agresseur sexuel : conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », *Le divan familial*, 2001, n° 6, p. 25-34.
- [25] Ciavaldini A. (dir.) *Le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, In Press, 2003, 148 p., p. 23.
- [26] Ciavaldini A. : « Nouvelles cliniques du passage à l'acte et nouvelles prises en charge thérapeutiques », in *Psychocriminologie*, ss dir. J.-L. Senon, G. Lopez, R. Cario et al., Paris, Dunod, 2008, p. 65-78.
- [27] Ciavaldini A. *Prise en charge des délinquants sexuels*, Bruxelles, Frédérique Delcor-Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, 62 p.
- [28] Ciavaldini A. (dir.) *Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir*, Paris, In Press, 2012, 245 p.
- [29] Ciavaldini A. « L'incroyable et triste histoire du P.A.R.I. Réflexions d'aujourd'hui sur la perversion et la violence institutionnelles », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, Toulouse, Érès, n° 63, 2014, p. 161-178.
- [30] Ciavaldini A. « La désistance dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuelles », *Actualité Juridique Pénal mensuel*, mars 2015, n° 3, p. 130-135.

AUDITION PUBLIQUE

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

- [31] Ciavaldini A. « Pertinence des dispositifs groupaux dans la prise en charge des auteurs de violences. Un dispositif spécifique : le psychodrame bi-modal », *Le Carnet Psy*, 2015/7, n° 192, p. 33-38.
- [32] Ciavaldini A., Balier C., éd. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, 2000, 250 p.
- [33] Clipson. C. R. « Practical considerations in the interview and evaluation of sexual offenders », *Journal of Child Sexual Abuse*, 2003, vol. 12 n° 3-4, p. 127-173.
- [34] Cochez F., Guitz I., Lemoussu P. « Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », in *ASH actualités sociales hebdomadaires*, juin 2010, 154 p., p. 13.
- [35] Cohen S. « La phobie de la peste ou Heurs et malheurs du psychanalyste », in *Revue française de psychanalyse*, tome LXXVIII, n°3, p. 806-819.
- [36] Colin M. « Nul n'est tenu de se soigner », in *Le soin sous contrôle judiciaire*, ss dir André Ciavaldini, Paris, Inpress, 148 p, p. 19-22.
- [37] Collectif, Fédération Française de Psychiatrie, *Conférence de consensus*, « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », Paris, John Libbey Eurotext, 2002, 582 p.
- [38] Collectif, *Conférence de consensus*, « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive », Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre, 20 février 2013, p. 25.
- [39] Côté, G., Hodgins, S., Ross, D., & Toupin. J. « L'Échelle de psychopathie de Hare : un instrument et la validation de sa version fr.,[ançaise », *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (Tome IV), Paris, Masson, 1994, p. 511-526.
- [40] Coutenceau R., Smith J. *La violence sexuelle : approche psycho-criminologique. Évaluer, prévenir, soigner*, Paris, Dunod, 2010, 400 p.
- [41] De Becker E., «L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale», *Psychothérapie*, 2006, Vol 26, p.143-153.
- [41b] Eglin M. « Quand la justice impose des soins », *Enfance et psy*, 2006 / 1, n° 30, p. 121-133.
- [42] Équipe de soins de l'EPM de Meyzieu, « L'expérience de la prise en charge des adolescents à l'Établissement Pénitentiaire pour Mineurs de Meyzieu », in *Violences sexuelles chez les mineurs*, ss dir. André Ciavaldini, 2012, Paris, In Press, 245 p., p. 167-180.
- [43] Farral S., Calverley A., *Understanding Desistance from Crime*, Open University Press, 2005, 248 p.
- [44] Gallez M. « Prise en charge individuelle et familiale d'adolescents auteurs de transgressions sexuelles dans la fratrie », in *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2016, vol.1, n° 5, p. 6-21.
- [45] Gamet M.-L. « Accompagner les mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel », in *Les cahiers dynamiques*, 2009, vol. 2, n° 44, pp. 10-12.
- [46] Gamet M.-L. « L'expérience d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles des mineurs : constat et perspectives sous l'angle du développement sexuel », *La Lettre du Psychiatre*, 2012, vol VIII, n° 5, p. 128-132.
- [47] Garapon A., Gros F., Pech T. *Et ce sera justice (punir en démocratie)*, Paris, O. Jacob, 2001, 330 p.
- [48] Genevois C. « Quel travail clinique en établissement pénitentiaire pour mineurs ? » *Le journal des psychologues* N°261, Octobre 2008 (01/10/2008), p. 63-67.
- [49] Gérard M., Sion V., Blondeau S., Fuso S. « "Groupasdos" : une expérience de prise en charge des adolescents au comportement abusif », *Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée*, 2006, n° 65.
- [50] Giudicelli A. *La prévention de la récidive dans sa dimension multipartenariale*, Rennes, PUR, 2017, 465 p.
- [51] Giudicelli-Delage G., « La responsabilité pénale des travailleurs sociaux au regard du nouveau Code pénal », *Revue de droit sanitaire et social*, 29 (4), octobre-décembre 1993, p. 708-724.
- [52] Grandin T. (1986) *Ma vie d'autiste*, Paris, éd. O. Jacob, 1996 pour la traduction française, 200 p.
- [52b] Gravier B. (ss dir) *Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?* », Actes du V^e séminaire du CEDEP, Montignac, 25-27 mai 1996, 123 p.
- [53] Gravier B., Roman P. *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Érès, 2016, 337 p.
- [53 b] Grépillat A. (1988) : « La relation au soignant » particulièrement, chapitre 6, « Un cadre dans le cadre : la "Relaxation" », in *Psychanalyse des comportements violents* de Claude Balier, Paris, PUF, 1988, 287 p. p. 238-259.
- [54] Haesevoets Y., H. « Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive », *La psychiatrie de l'enfant*, 2001, vol. 44, p.447-483.
- [55] Harrault A., Hugon C. « L'obligation de soin : vers une clinique du sujet contraint », *Le Journal des psychologues*, 2005, n° 233, p. 66-71.
- [56] Hayez J.-Y., De Becker E. *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, Paris, PUF, 1997, 301 p.
- [57] Herzog-Evans M. « "All hands on deck" : (Re)mettre le travail en partenariat au centre de la probation », *Actualité Juridique Pénal*, mars 2013, p. 139-144.
- [58] Hollin C., R., Palmer E., J., *Offending Behaviour Programmes : Development, Application, and Controversies*, Chichester, Wiley - Blackwell, 2006, 310 p.
- [59] Kaës R. « Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur », *L'Évolution psychiatrique*, t. XLI, fasc. 2, 1976, p. 239-247.
- [59b] Kaës R. (1993) : *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod, 352 p.
- [59c] Kaës R. « Conteneurs et métaconteneurs », in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2012 / 2, vol. 2, p. 643-660.
- [60] Klopp A.-M. « Infractions sexuelles. D'une triple entente à une multiple entente » in Université Lille II, Société Belge de criminologie, Société Française de Criminologie, *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, actes du XXXIII^{ème} Congrès français de Criminologie, Paris, Dalloz, 2002, 272 p., p. 133-144.
- [61] Kornprobst L. *La responsabilité médicale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1947, 376 p.

AUDITION PUBLIQUE

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

- [62] Koufeidji K. *Les enjeux d'un accompagnement global de la PPSMJ en milieu ouvert*, Énap, Direction de la recherche et de la documentation, 2014, 72 p.
- [63] Lacambre M. « Clinique et prise en charge des auteurs de violences sexuelles », *Congrès Français de Psychiatrie*, S29C, 29 / 2014, 615-644.
- [64] Laronde-Cléral C., Lechon L. « L'impact de l'objectif de prévention de la récidive sur les pratiques » in ss direction André Giudicelli, *La prévention de la récidive dans sa dimension multipartenariale*, Rennes, PUR, 465 p., p. 63-84.
- [65] Lavèze-Pommier F. « L'utilisation du psychodrame dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement en milieu ouvert (MARS) de jeunes mineurs AVS », in *Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir*, ss dir. André Ciavaldini, 2012, Paris, In Press, 245 p., pp. 205-224.
- [65b] Leca H., Brun A., « Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral », *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, p. 137-146.
- [65c] Legendre-Boulay C. « Art thérapie et adolescents en prison », *Soins Pédiatrie Puériculture*, 2002, vol. 2, n° 204, p. 32-39.
- [66] Lemaître V., Balier C., Neau F. *La violence de vivre*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2007, 190 p.
- [67] Lena M. *Code de procédure pénale*, Paris, Dalloz, 2018, 2892 p.
- [68] Mcguire J. « General Offending Behaviour Programmes : Concept, theory and practice, in ss dir. Hollin C., R. et Palmer E., J., *Offending Behaviour Programmes : Development, Application, and Controversies*, Chichester, Wiley - Blackwell, 2006, 310 p., p. 69-112.
- [69] Manzanera C. « Les obligations du médecin au cours des soins pénalement ordonnés », *Congrès Français de Psychiatrie*, S29B, 29 / 2014, 615-644.
- [70] Meltzer D. (1975) : *Exploration dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980 pour la traduction française, 266 p.
- [71] Minary J.-P., Ansel D., Mariage A., Boutanquoi M. « Jeunes en difficulté et auteurs de violences sexuelles : comment les aider sans violences ? », *Société et jeunesse en difficulté*, n° 10, automne 2010, dossier.
- [71b] Palaric R. *Cliniques des auteurs d'agressions sexuelles au carrefour des débats contemporains*, thèse de Psychologie, Université Rennes 2, 357 p.
- [71c] Parat C. (1995) : *L'affect partagé*, Paris, PUF, 370 p.
- [71d] Pham H., T., Ducro C., Martin M., Pihet B. « Projet d'évaluation continue des caractéristiques diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au sein des équipes spécialisées de la Région wallonne », *Annales médico-psychologiques*, n° 168, 2010, p. 458-461.
- [71e] Pozycki M. « Un atelier de marionnettes en prison pour mineurs », *VST – Vie sociale et traitements*, 2004, vol. 4, n° 124, p. 74-78.
- [72] Ravit M., « Lien de dépendance et figure du mal », *Psychologie clinique et projective*, 2006/1, n°12, p. 191-210.
- [73] Reveillaud M., Guyod F. « Le nœud du déni : psychodrame pour les adolescents auteurs d'actes sexualisés sanctionnés ou sanctionnables »,

- Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, vol. 57, n°2, mars 2009, p. 102-107.
- [74] Roman P. *Les violences sexuelles à l'adolescence : Comprendre, accueillir, prévenir*. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2012, 224 p.
- [75] Rosenczveig J.-P., Verdier P., Daadouch C. *Le secret professionnel en travail social et médico-social*, Paris, Dunod, 2008, 192 p.
- [76] Roussillon R. « L'objet "médium malléable" et la conscience de soi », *L'autre*, 2001/2, vol. 2, p. 241-254.
- [77] Savin B. « La thérapie socio-familiale psychanalytique », *Le Divan familial*, "Thérapie familiale psychanalytique : nouvelles indications, variantes techniques", 1998, n° 1, p.67-76.
- [78] Senon J.-L., Pascal J.-C. Rossinelli G. Conférence de consensus : *Expertise psychiatrique pénale*, Paris, John Libbey Eurotext, 2007, p.207-216.
- [79] Smaniotto B., Réveillaud M., Félicier M. « Parcours thérapeutique d'un adolescent auteur de violences sexuelles pris en charge dans un dispositif de soins spécifiques », in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, octobre 2014, vol. 62, n° 6, p. 379-385.
- [80] Tardiff M. *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques*, 2012, Montréal, Presses Université de Montréal, 608 p.
- [81] Tardiff M. *La délinquance sexuelle des mineurs. Théories et recherches*, Montréal, Presses Université de Montréal, 2015, 764 p.
- [82] Verlaine P. « Mon rêve familial », *Poèmes saturniens*, 1866, Paris, Le livre de poche, 1996, 222 p.
- [83] Wilson R. J., Mc Whinnie A. (2012) : « Les cercles de support et de responsabilité », *Actualité juridique pénal*, n°12, décembre 2012, p. 636-639.

Sites consultés

- [84] [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)
- [85] Ministère de la Justice. « Insertion et probation : un accompagnement personnalisé », 5/7/2013. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html>.
- [86] Ministère de la justice, 17 juillet 2013. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/le-travail-partenarial-des-spip-12011.html>. Voir aussi loi pénitentiaire du 24/11/2009 modifiée par celle du 15/08/2014.
- [87] Ministère des Solidarités et de la Santé : « Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population », in *Les personnes détenues*, Prévention en santé. Site : solidarites-sante.gouv.fr. 22 janvier 2018. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/personnes-detenues>
- [88] Portail Ministère de la Justice. « Insertion et probation : un accompagnement personnalisé », 5/7/2013. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html>

AUDITION PUBLIQUE

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

[89] Répertoire Interministériel des Métiers de l'État.
http://www.metiers.justice.gouv.fr/art_pix/RIME_CPIP_2018.pdf